



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração

ANA CAROLINA RIBEIRO DA SILVA

**GESTÃO PÚBLICA HOSPITALAR: Estudo de caso do
serviço de urgência e emergência de um Hospital de
Grande Porte do Distrito Federal**

Brasília – DF

2017

ANA CAROLINA RIBEIRO DA SILVA

**GESTÃO PÚBLICA HOSPITALAR: Estudo de caso do
serviço de urgência e emergência de um Hospital de
Grande Porte do Distrito Federal**

Monografia apresentada ao Departamento
de Administração como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Administração.

Professor Orientador: Dr.^a Silvia Araújo
Reis

Brasília – DF

2017

Silva, Ana Carolina Ribeiro.

GESTÃO PÚBLICA HOSPITALAR: Estudo de caso do serviço de urgência e emergência de um Hospital de Grande Porte do Distrito Federal / Ana Carolina Ribeiro da Silva. – Brasília, 2017.

145 f.: il.

Monografia (bacharelado) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração, 2017.

Orientador: Prof. Dr.^a Silvia Araújo dos Reis, Departamento de Administração.

1. Superlotação Hospitalar. 2. Gestão Hospitalar. 3. Otimização Hospitalar. 4. Emergência Hospitalar. 5. Urgência Hospitalar. 6. Processo Hospitalar. I. Título.

ANA CAROLINA RIBEIRO DA SILVA

**GESTÃO PÚBLICA HOSPITALAR: Estudo de caso do
serviço de urgência e emergência de um Hospital de
Grande Porte do Distrito Federal**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de
Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do
(a) aluno (a)

Ana Carolina Ribeiro da Silva

Doutora, Silvia Araújo dos Reis
Professor-Orientador

Doutora, Patrícia Guarnieri dos Santos,
Professor-Examinador

Mestre, Olinda Maria Gomes Lesses
Professor-Examinador

Brasília, 3 de julho de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora pela minha fé, por toda a proteção e presença constante em minha vida.

Agradeço a minha família, aos meus pais, Sr. Antonio e Sra. Maria, pelo acompanhamento desde o início da minha vida acadêmica: pela presença em todas as reuniões de pais, paciência ao ensinar os exercícios e trabalhos escolares, pelo apoio e incentivo a minha formação universitária e por toda a atenção e cuidado durante o meu crescimento educacional.

Agradeço pelo apoio dos servidores do Hospital, em especial, ao assessor de planejamento Roberto Rodrigues e a supervisora Delma, que me deram muito suporte na realização deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos de curso, que caminharam comigo desde o ingresso na Universidade de Brasília e que também contribuíram para o meu aprendizado, com os quais pude compartilhar os melhores momentos da minha graduação. Agradeço, em especial, ao Flávio Lim-Apo, Lívia Maciel, Eduardo Bogosian e Júlia Rossetto, que acompanharam de perto a minha pesquisa e criticaram positivamente o meu trabalho.

Agradeço a professora orientadora, Dr.^a Sílvia Araújo dos Reis, por ter acreditado no meu potencial, pela atenção recebida, pelos ensinamentos durante as aulas e as experiências que pude vivenciar por meio do projeto de pesquisa, e que deram origem ao meu trabalho de conclusão de curso em administração.

RESUMO

A saúde pública brasileira é marcada pela superlotação e sobrecarga de trabalho nos níveis de maior complexidade. Os serviços de urgência e emergência não operam de forma eficiente, pois os profissionais trabalham acima de sua capacidade técnica. Dessa forma, este estudo teve como objetivo analisar o atendimento desses serviços, retratando os elementos externos e internos à organização pública com destaque para o fluxo de pacientes e os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais administrativos e de saúde. Somado a isso, foram relatadas algumas políticas, programas, planos de governo, diretrizes ministeriais, dentre outros instrumentos que visam a organização do sistema, a racionalização dos gastos e o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, assegurando conjuntamente os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade. No âmbito da gestão e com enfoque na estrutura, processos e resultados, procurou-se delimitar o papel dos gestores e usuários frente ao sistema de saúde vigente, propondo práticas de melhorias para a qualidade do atendimento. Portanto, foram utilizadas ferramentas gerenciais como mapeamento dos processos e indicadores que corroboraram para a análise dos resultados e a identificação de problemas já muitos questionados em algumas pesquisas da área, como a superlotação e suas causas. No mais, ao considerar a cultura da população usuária, a estruturação dos serviços e a falta de priorização das políticas, foram identificados os reflexos gerados no atendimento de urgência e emergência. Para a metodologia da pesquisa, foi realizado um Estudo de Caso, por meio de uma pesquisa descritiva com dois tipos de abordagens: qualitativa e quantitativa, este estudo foi conduzido em um hospital público de grande porte do DF, cujos instrumentos de coleta de dados foram a observação direta não participante, realizada por meio de visitas às gerências de planejamento, enfermagem e emergência, reuniões com os gestores e também análise documental. Em relação aos dados, a pesquisa adotou fontes primárias e secundárias, baseando-se em dados históricos, bibliográficos, estatísticos e documentos pessoais. Os resultados da pesquisa revelaram alguns pontos críticos, tais como: a) o tempo de espera para a classificação de risco, que não condiz com as metas estabelecidas pelo governo e estudos do ramo, b) não padronização do registro do paciente no sistema de informação do hospital, impossibilitando uma análise mais aprimorada do fluxo do usuário, c) usuários com tempo de permanência superior a 24h, não obedecendo ao limite máximo estimado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 20177/2014, d) falta de uma visão sistêmica e gerencial sobre a prestação do serviço, e) resistência às mudanças propostas. Constata-se que o problema na prestação dos serviços de saúde é bastante complexo e ainda requer muitas pesquisas acerca da demanda nas urgências e emergências, acessibilidade dos serviços, responsabilização das unidades básicas, registros de informações hospitalares, interesse e conscientização do usuário pelas políticas de saúde, além da elaboração de modelos de gestão que busquem otimizar os recursos e dimensionar adequadamente os profissionais no serviço público de saúde.

Palavras-chave: Superlotação Hospitalar. Gestão Hospitalar. Otimização Hospitalar. Emergência Hospitalar. Urgência Hospitalar. Processo Hospitalar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo baseado na abordagem de sistemas para avaliação dos cuidados de saúde.....	23
Figura 2 – Elementos do Processo	25
Figura 3 – Regiões de Saúde do Distrito Federal no ano 2007	42
Quadro 1 – Indicadores hospitalares de qualidade	29
Quadro 2 – Indicadores hospitalares de produção	29
Quadro 3 – Indicadores hospitalares de estrutura.....	30
Gráfico 1 – Distribuição dos recursos públicos nas maiores áreas temáticas do Distrito Federal, 2016	41
Gráfico 2 – Distribuição de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por superintendências da SES-DF	74
Gráfico 3 – Quantidade de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por mês.	79
Gráfico 4 – Quantidade de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por turno.....	80
Gráfico 5 – Fluxo de entrada de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por hora	81
Gráfico 6 – Fluxo de saída de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por hora.	81
Gráfico 7 – Quantidade de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês.....	82
Gráfico 8 – Quantidade de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno	83
Gráfico 9 – Fluxo de entrada de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por hora	83
Gráfico 10 – Fluxo de saída de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por hora	84
Gráfico 11 – Distribuição de técnicos administrativos do serviço de GAE por turno.	86
Gráfico 12 – Distribuição de técnicos administrativos do serviço de GAE por turno e mês, considerando as horas contratuais e extras dos servidores do pronto-socorro.	87
Gráfico 13 – Distribuição de técnicos administrativos do serviço de GAE por turno e mês, considerando as horas contratuais e extras dos servidores do HRAN e as horas extras dos servidores de outra unidade do hospital ou de outros hospitais	87
Gráfico 14 – Distribuição de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por tempo de espera para a classificação de risco	89
Gráfico 15 – Distribuição de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por cor de classificação	97

Gráfico 16 – Distribuição de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por cor de classificação	99
Gráfico 17 – Distribuição de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês e cor de classificação.....	100
Gráfico 18 – Distribuição de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno e cor de classificação	100
Gráfico 19 – Distribuição de médicos de porta da clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês e turno	101
Gráfico 20 – Distribuição de médicos de porta da clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês e turno.....	102
Gráfico 21 – Distribuição de médicos de box de emergência da clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno	103
Gráfico 22 – Distribuição de médicos do box de emergência da clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês e turno	104
Gráfico 23 – Médias de tempo de permanência de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por turno	107
Gráfico 24 – Dispersão das médias de tempo de permanência de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por local de passagem	108
Gráfico 25 – Médias de tempo de permanência de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno	109
Gráfico 26 – Médias de tempo de permanência de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por cor de classificação	109
Gráfico 27 – Médias de tempo de permanência de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Demonstrativo da população do DF com as regiões de saúde e RA's, 2014	43
Tabela 2 – Demonstrativo das Unidades Básicas de Saúde, 2015.....	45
Tabela 3 – Situação da Estratégia Saúde da Família no DF, 2016.....	46
Tabela 4 – Unidade hospitalares da rede SES-DF, 2015.....	47
Tabela 5 – Leitos de enfermarias existentes, habilitados e bloqueados por hospitais próprios da SES-DF, 2015	48
Tabela 6 – Leitos de UTI existentes, habilitados e bloqueados por hospitais da SES-DF, 2015.....	48
Tabela 7 – Quantidade de leitos temporários na unidade de urgência e emergência.	52
Tabela 8 – Quantidade de técnicos de enfermagem na unidade de urgência e emergência.....	53
Tabela 9 – Quantidade de enfermeiros na unidade de urgência e emergência	54
Tabela 10 – Superintendências da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	73
Tabela 11 – Quantidade de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por região.....	75
Tabela 12 – Quantidade de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por local de passagem	78
Tabela 13 – Quantidade total de pacientes admitidos e quantidade de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por tempo de espera para a classificação de risco.....	90
Tabela 14 – Médias de tempo de espera para a classificação de risco de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por local de passagem	90
Tabela 15 – Médias de tempo de espera para a classificação de risco de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por cor de classificação.....	93
Tabela 16 – Percentual de clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno e tempo de espera para a classificação de risco	94
Tabela 17 – Médias de tempo de espera para a classificação de risco de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês.....	94
Tabela 18 – Médias de tempo de espera para a classificação de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno.....	95
Tabela 19 – Médias de tempo de espera para a classificação de risco de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por cor de classificação	95
Tabela 20 – Percentual de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por motivo de saída.....	112

Tabela 21 – Percentual de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência registrados em alta por outros motivos, encerramentos administrativos e sem motivo de saída por cor de classificação 113

Tabela 22 – Percentual de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por motivos de saída e cor de classificação 115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CSDF – Conselho de Saúde do Distrito Federal
CS – Centro de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF – Distrito Federal
ESF – Equipe de Saúde da Família
GDF – Governo do Distrito Federal
GAE – Guia de Atendimento da Emergência
GM – Gabinete do Ministro
HRAN – Hospital Regional da Asa Norte
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Normas Operacional de Assistência à Saúde
NUREM – Núcleo de Recepção da Emergência
PS – Pronto – Socorro
PIB – Produto Interno Bruto
PDS – Plano Distrital de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
PSF – Programa de Saúde da Família
RA – Região Administrativa
RAG – Relatório Anual de Gestão
RIDE/DF – Região Integrada do Distrito Federal e Entorno
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEH – Serviço de Emergência Hospitalar
SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SISREG – Sistema Nacional de Regulação
SRSCS – Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul
SRSNO – Superintendência da Região de Saúde Norte
SRSSU – Superintendência da Região de Saúde Sul
SRSLE – Superintendência da Região de Saúde Leste
SRSOE – Superintendência da Região de Saúde Oeste

SRSCN – Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte

SRSSO – Superintendência da Região de Saúde Sudeste

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UE – Unidades Especializadas

UTI – Unidades de Tratamento Intensivo

UCIN – Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Contextualização.....	1
1.2	Formulação do problema	3
1.3	Objetivo Geral	4
1.4	Objetivos Específicos.....	4
1.5	Justificativa.....	5
2	REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1	Contexto da Saúde Pública Brasileira.....	7
2.1.1	Sistema Hospitalar	13
2.1.2	Demanda na Saúde	16
2.1.3	Capacidade do Serviço Hospitalar	17
2.1.4	Urgência e Emergência no Sistema Hospitalar.....	19
2.2	Gestão em Saúde	22
2.2.1	Mapeamento de Processos nos Serviços de Saúde.....	24
2.2.2	Indicadores Assistenciais nos Serviços de Saúde	27
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	32
3.1	Tipo e descrição geral da pesquisa.....	32
3.2	Caracterização da organização, setor ou área.....	33
3.3	Participantes do Estudo	33
3.4	Caracterização dos instrumentos de pesquisa.....	35
3.5	Procedimentos de coleta e de análise de dados.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1	Estudo de caso: Análise do atendimento da unidade de urgência e emergência de um hospital de grande porte do Distrito Federal	40
4.1.1	Sistema de Saúde no Distrito Federal.....	40
4.1.2	Estrutura da Unidade Hospitalar	50
4.1.3	Recursos da unidade de urgência e emergência.....	52
4.1.4	Mapeamento dos Processos da unidade urgência e emergência de um hospital de grande porte do DF	55
4.1.5	Indicadores da unidade de urgência e emergência.....	66
4.1.6	Análise dos Indicadores	73
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	117
	REFERÊNCIAS.....	120
	APÊNDICES.....	130
	Apêndice A – Legenda dos fluxogramas	130
	Apêndice B – Fluxograma do Registro do Paciente (abertura da GAE)	131

Apêndice C – Fluxograma processo de Classificação de Risco.....	132
Apêndice D – Fluxograma processo de Atendimento Médico	133

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo a análise do atendimento nos hospitais, tendo como foco a unidade urgência e emergência do serviço público de saúde do Distrito Federal. Para a introdução desse estudo, foram apresentados a contextualização, a formulação do problema, o objetivo geral, os objetivos específicos e a justificativa do tema.

1.1 Contextualização

É notório a falta de estudos referentes ao desempenho do subsistema de urgência e emergência, principalmente, a identificação de causas e intervenções para superar um grave problema da saúde pública: a superlotação (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Problemas de atendimento perduram há anos em muitos hospitais públicos brasileiros. Nos atendimentos de urgência e emergência, o sistema de saúde ainda é ineficiente e não operacionaliza adequadamente suas propostas. Somado a isso, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de atenção primária e a escassez de leitos na rede hospitalar integrada ao SUS ocasionam a superlotação das emergências e a baixa qualidade do atendimento (LUDWING; BONILHA, 2003).

Vários desafios são encontrados nas organizações de saúde: a elevada complexidade dos processos de atendimento; a necessidade de utilização eficiente dos recursos e a redução dos custos; a pressão exercida para oferecer um serviço de qualidade com menos filas e menor tempo de espera; a necessidade de controle das condições de trabalho dos profissionais e o aumento da demanda de pacientes (SABBADINI et al., 2014).

No que tange aos serviços de emergência, houve um aumento constante da utilização indevida pelo público. Cerca de 65% dos pacientes atendidos nesses serviços poderiam ser atendidos no sistema ambulatorial (O'DWER et al, 2009).

No Distrito Federal, um levantamento realizado pelos diretores das unidades hospitalares, no período de dezembro a janeiro de 2016, mostrou que o principal

problema da rede pública é a superlotação das emergências. A Secretária-adjunta de Saúde ressalta as falhas nas escalas das equipes médicas, que não possuem um número adequado de profissionais da área médica e enfermagem (R7, 2016).

Em geral, os prontos-socorros são a porta de entrada do sistema de saúde no Brasil e respondem por 70% dos atendimentos de emergência, 27% do atendimento ambulatorial e por quase todas as internações. Também empregam 56% dos profissionais e recebem 67% de todo o gasto com saúde (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Observa-se que a população usuária utiliza a porta de urgência e emergência não somente para os casos agudos, mas também para complementar os atendimentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades Especializadas (UE). Dessa forma, os prontos atendimentos e emergências reúnem um somatório de recursos: consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, ao passo que as unidades de atenção básica oferecem apenas as consultas médicas (MARQUES, LIMA; 2007).

O acesso à atenção básica é desorganizado e de procura espontânea sem correlação com a capacidade resolutive e as suas especificidades. A baixa resolutividade desses serviços pode estar associada à forma como o trabalho é operacionalizado, à burocratização do acesso e ao uso das tecnologias em saúde, impedindo, muitas vezes, que usuários, trabalhadores e gerentes do sistema reconheçam as potencialidades assistenciais instaladas (MARQUES, 2004).

Com a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, cria-se a expectativa para que o público não só seja acolhido no nível primário, mas também receba a atenção resolutive, porém, por si só, elas não garantem a redução do afluxo desnecessário de usuários aos níveis de maior complexidade (SANTOS et al., 2003).

Dessa forma, a superlotação nos serviços de urgência e emergência obriga a compreensão acerca da organização dos fluxos e processos de trabalho (ELY, 2009). Os hospitais operam por meio de processos internos que possuem grande complexidade e interdependência, o que exige profissionais altamente especializados, incluindo gestores hospitalares capazes de mensurar a eficiência da gestão em saúde e avaliar os serviços por meio dos indicadores de desempenho (SOUZA et al., 2009).

Outro elemento decisivo na determinação da eficiência do hospital é a análise da utilização dos recursos disponíveis na produção de tratamentos clínicos e não-clínicos, pois a aplicação inadequada dos recursos compromete a qualidade do atendimento e gera custos mais elevados (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Além disso, os serviços de emergência fazem parte do contexto hospitalar e, como tal, recebem influência do modelo de organização da instituição, sendo necessário analisar o contexto histórico, social e institucional, onde estes serviços se inserem (ELY, 2009).

1.2 Formulação do problema

De acordo com Ferreira (2000), diversos indicadores críticos se manifestam nos problemas de atendimento, estes são considerados como o ponto de partida da investigação que tem como ponto de chegada o diagnóstico das causas. Um exemplo de indicador crítico da perda de qualidade do atendimento é o tempo de espera do usuário. Entretanto, o autor ressalta que não basta apenas caracterizar a processualidade dessa variável, mas também identificar os fatores que estão na raiz do indicador (materiais, técnicos, humanos, organizacionais, dentre outros).

Há vários fatores que caracterizam o cenário de superlotação nos serviços de emergência: todos os leitos ocupados, pacientes nos corredores por falta de leitos disponíveis, não recebimento de ambulâncias em virtude da saturação operacional, sala de espera lotada, profissionais de saúde pressionados na realização dos serviços e mais de uma hora de espera para a avaliação médica (WEISS et al, 2004).

Na revisão de literatura dos autores Bittencourt e Hortale (2009) sobre os fatores que contribuem para a superlotação, destacou-se o aumento do tempo de permanência no serviço de emergência hospitalar, que é causado pela falta de leitos de internação e responsável pelo atraso do diagnóstico e tratamento dos pacientes. A redução do tempo de permanência tende a refletir na qualidade de assistência à saúde e facilitar no acesso ao diagnóstico e tratamento específico.

Nos hospitais, que apresentam demanda variável e inadiável, a capacidade está relacionada com o mix de atividades desempenhadas (SLACK, 2002). Nesses

ambientes, algumas áreas trabalham abaixo de sua capacidade, enquanto outras trabalham na sua capacidade máxima; o processo decisório acerca da capacidade requer a identificação das áreas do sistema, cujos benefícios de alteração afetam no aumento da capacidade global (SABBADINI; GONÇALVES; OLIVEIRA, 2006).

Souza et al. (2008) ressalta que a obtenção de informações úteis auxilia no processo decisório, mas a maioria dos hospitais não utiliza sistemas que adequadamente orientam as decisões e ajudam no controle das atividades operacionais e administrativas.

Schout e Novaes (2007) destacam que as informações produzidas nos hospitais são constituídas pelos processos de produção de registros. Embora esses processos revelem muitas características em relação ao trabalho dos profissionais na unidade, não tem sido atribuída a relevância necessária à gestão da produção das informações hospitalares. O setor hospitalar possui dificuldade de implantação, adaptação e utilização dos sistemas de informações (SIs) (SOUZA et al., 2008).

Diante do contexto da saúde pública e suas dificuldades de gestão, a pergunta deste trabalho é: Como ocorre o atendimento de urgência e emergência do hospital analisado no estudo de caso?

Para responder essa pergunta é preciso reconhecer a existência dos processos e a sua importância para a essência da organização. Por conseguinte, o estudo é constituído pelo mapeamento das atividades e o estudo quantitativo do fluxo de pacientes na unidade de urgência e emergência.

1.3 Objetivo Geral

Analisar o atendimento dos serviços de urgência e emergência de um hospital de grande porte do Distrito Federal.

1.4 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos que auxiliam na realização do objetivo geral são:

- 1) analisar o contexto e a organização do sistema público de saúde do Distrito Federal, utilizando os documentos elaborados pelos gestores da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF).
- 2) mapear os processos da unidade de urgência e emergência do hospital da região, buscando.
- 3) identificar os processos e as falhas que influenciam na prestação do serviço de qualidade.
- 4) analisar criticamente os processos mapeados da unidade de urgência e emergência.
- 5) criar indicadores (Tabelas e gráficos) que concedam uma abordagem quantitativa ao estudo dos processos mapeados.

1.5 Justificativa

Mesmo com a reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção ainda permanece significativamente nos hospitais, que realizam praticamente todas as internações do país, se responsabilizam por um quarto das consultas ambulatoriais e aproximadamente 80% dos atendimentos em urgência e emergência. Embora os hospitais atendam as demandas de hierarquia mais alta, o setor também tem atuado como porta de entrada e acompanhamento no sistema de saúde, exigindo cada vez mais a avaliação de desempenho dos seus serviços (RAMOS et al., 2015).

No serviço público de saúde, não se nota a precaução em relação aos erros e nem a preocupação em dotar o corpo de enfermagem de uma visão gerencial e sistêmica, que atue na redução dos gargalos, na revisão dos processos, nas oportunidades de redução de custos e aumento das receitas. No que tange à resolução de problemas, as ações se voltam para o tratamento das consequências e não das causas (MIGOWSKI et al., 2014)

No Brasil, a falta de gestores especialistas dificulta o processo de crescimento e a adequação da organização de saúde às demandas externas. Em busca do melhor ajuste entre a organização e o mercado, são necessárias intervenções que aprimorem

os processos-chave (ABDALA, 2006). Lima (2007) afirma que mesmo os grupos sociais reivindicando por mudanças rápidas no setor de saúde, há ainda pouco interesse quanto ao modo como as mudanças são operadas nos aspectos micro dos processos de produção desse setor.

Embora os hospitais sejam os componentes principais do sistema de saúde no país, pouca atenção tem sido dada às organizações de saúde por parte dos formuladores de políticas e pesquisadores. Desde de 1980, as políticas de saúde no Brasil têm enfoque na descentralização dos serviços, na redução dos gastos e no acesso universal aos serviços básicos. Entretanto, as questões sobre o desempenho hospitalar têm ficado a cargo das unidades individuais (FOGIA, COUTTOLENC, 2009).

Ramos (2015) destaca que a literatura internacional tem identificado valores médios de ineficiência entre 13% e 59% na rede hospitalar. Além disso, ao comparar com o atendimento da rede em outros países, os valores (expressivos) gastos com o atendimento hospitalar no Brasil parecem não afetar positivamente na saúde de seus usuários.

Nesse sentido, se faz presente a preocupação com o desempenho dos hospitais, em detrimento do custo para a manutenção e a importância na prevenção secundária e terciária, principalmente, nos agravos de alta prevalência. Portanto, a falta de avaliação e monitoramento da qualidade da atenção, seja isolada em cada unidade ou enquanto parte da rede assistencial, tem sido um assunto recorrente em debates e alvo de muitas propostas (SHOULT; NOVAES; 2007).

Diante do exposto, este trabalho tem o propósito de contribuir com a área acadêmica e analisar o atendimento de um hospital de grande porte do Distrito Federal. Espera-se levantar discussões acerca da urgência e emergência, identificar gargalos e dificuldades existentes no serviço público, facilitando o entendimento do fluxo de usuários e da rotina de trabalho dos profissionais. Também tem como propósito colocar em prática as teorias estudadas ao longo do curso de graduação em administração e acrescentar conhecimento às pesquisas já existentes dessa área.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fundamentação teórica apresentada neste trabalho retrata os problemas enfrentados na saúde pública brasileira, priorizando a organização da rede assistencial e seus reflexos no atendimento de urgência e emergência. No que tange à gestão em saúde, são apresentadas algumas ferramentas gerenciais que auxiliam na análise do atendimento, explorando técnicas de gestão como o mapeamento de processos e os indicadores de desempenho.

Seguindo essa lógica, o referencial teórico está dividido em: tópico 2.1 que aborda o Contexto da Saúde Pública Brasileira e tópico 2.2 sobre Gestão em Saúde. No primeiro tópico, busca-se explicar a situação hospitalar no país, a caracterização da demanda, capacidade dos serviços hospitalares e o atendimento dos serviços de urgência e emergência. No segundo tópico, são questionados os estudos referentes aos processos e indicadores assistenciais do serviço hospitalar.

2.1 Contexto da Saúde Pública Brasileira

No século XX, a atenção à saúde sofreu profundas mudanças no país, principalmente com a implantação do Sistema Único de Saúde, na década de noventa (PAIM, 2011). Em 1988, com a criação do SUS, buscou-se assegurar a todos os cidadãos o direito às consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas (públicas ou privadas). Os recursos provenientes dos impostos e contribuições pagos pela população financiam o SUS e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (SANTOS et al., 2011).

A direção única do SUS é exercida no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pelas secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente e na esfera municipal, pelas secretarias municipais. O SUS é formado pelos serviços de saúde, cujas ações são baseadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (ARAUJO, 2010).

Dentre os princípios descritos na Lei 8.080/1990, que regula as ações e serviços de saúde, destacam-se a universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de

assistência e a integralidade, compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais ou coletivos, que são exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema.

Para que se tenha o acesso aos serviços de saúde, são necessários o planejamento e a distribuição dos usuários da escala local à nacional (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004). Desse modo, um aspecto central da organização do SUS é a estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, pautada no princípio da hierarquização. Essa organização permite a divisão do sistema de saúde em níveis de complexidade e custo, onde os serviços de atenção básica tendem a ser dispersos e próximos à população (PIRES et al., 2010).

Portanto, o SUS propõe um modelo que possibilita a todos os usuários, independentemente da posição socioeconômica, o direito de acessar os serviços e suprir as suas necessidades de forma integral, de acordo com a complexidade do atendimento e dentro de uma rede hierarquizada (LUDWIG; BONILHA, 2003). O intuito da hierarquização de prevenção e promoção à saúde é maximizar o resultado gerado e evitar que os profissionais trabalhem acima de sua capacidade técnica, uma vez que reduz a sobrecarga dos serviços de maior complexidade (SALU, 2013).

De acordo com Salu (2013), a hierarquização do sistema de saúde se divide em:

1. Atenção primária: executada pelos serviços que controlam a saúde geral do paciente e corresponde a maior parte dos serviços existentes no sistema de saúde;
2. Atenção secundária: executada pelos serviços de competência técnica e operacional na realização dos procedimentos mais complexos (necessita de especialização), porém sem contemplar os pacientes em situação aguda; e
3. Atenção terciária: referente aos serviços que exigem competência técnica e operacional com procedimentos de alta complexidade dos hospitais gerais ou especializados.

Em relação aos serviços básicos, entende-se que a maioria das necessidades de saúde são de natureza simples e requer recursos e técnicas a nível de cuidados primários. Estima-se que as necessidades de saúde da população correspondem, aproximadamente, 90% da demanda total por serviços de saúde, sendo dois terços referentes ao atendimento sem a participação direta do médico, 2% são serviços de

alta especialização e 10% restantes são usuários dos serviços de maior complexidade (Anais, 1980).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488/GM/MS, de 2011, a Atenção Básica busca responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades da população e se caracteriza por um conjunto de ações individuais e coletivas que visam a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (PNAB, 2012).

Tendo em vista a reorientação do modelo da atenção, o Programa Saúde da Família (PSF) se consolidou como estratégia prioritária na organização da atenção básica. O PSF teve início em 1994 e tem como finalidade a valorização dos princípios de territorialização, além de estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, garantindo a integralidade e o trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar (PNAB, 2012). De acordo com Rosa e Labate (2005), as equipes de PSF, quando funcionadas adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em uma comunidade. Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2006, aproximadamente 82 milhões de brasileiros estavam cadastrados por equipes de saúde da família (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Dentre as responsabilidades dos profissionais do Programa de Saúde da Família, estão incluídas as atividades de educação à saúde, que atendem ao princípio da integralidade (ALVES, 2005). A integralidade é resultado do esforço e da junção de saberes de uma equipe multiprofissional, localizada no espaço concreto e particular dos serviços, sejam eles uma equipe de saúde da família (ESF), um centro de saúde ou um hospital. Essa integralidade também pode ser uma “integralidade focalizada”, quando se procura trabalhar no espaço mais delimitado de um serviço de saúde (CECÍLIO, 2001).

Os fatores que comprometem a integralidade da atenção estão relacionados à inadequação da assistência hospitalar. Ao longo dos anos, privilegiou-se o investimento em hospitais e deixou-se de lado a atenção primária, contribuindo para o uso indevido e inadequado dos serviços de emergência e a superlotação. Somado a isso, estudos empíricos e teóricos mostram o distanciamento entre a idealidade dos

modelos vigentes de atenção à saúde e as práticas dos usuários e profissionais na produção de cuidados (CECÍLIO et al, 2012).

No sistema de saúde, a unidade básica e de saúde da família devem resolver os problemas de pequenas urgências e as agudizações dos casos crônicos. Em contrapartida, o pronto-atendimento (PA) deve funcionar 24h e realizar as atividades de acolhimento da demanda, classificação de risco para os casos de média complexidade, estabilização dos pacientes em situação mais grave. Esse tipo de organização visa manter a interface entre a atenção básica e as unidades hospitalares (SANTOS et al., 2003).

Todavia, no pronto atendimento dos centros de saúde de grande porte, a porta de urgência tem atendido de forma eletiva. Essa situação é recorrente e tem como objetivo complementar os atendimentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades Especializadas (UE), o que descaracteriza a missão do atendimento de urgência (MARQUES; LIMA, 2007).

Houve um aumento da utilização dos serviços de emergência, pois, aproximadamente, 65% desses serviços são utilizados indevidamente por pacientes que poderiam ser atendidos no sistema ambulatorial (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). Além disso, a realidade dos grandes centros urbanos mostra um cenário hospitalar com longas filas de espera para consultas, exames e cirurgias, poucas vagas de internação e falta de capacitação de pessoal (SANTOS, 2003, GARLET et al., 2009).

Portanto, na atenção às urgências, os serviços continuam centrados nos hospitais, o que torna o fluxo de usuários majoritariamente determinado pela procura espontânea (SANTOS, 2003, GARLET et al, 2009). Essa natureza "hospitalocêntrica" do sistema de saúde com ênfase no atendimento hospitalar para tratamentos dos casos agudos, mostra que o Brasil não está preparado para enfrentar a incidência crescente de doenças crônicas, que exigem uma atenção coordenada entre vários prestadores dos serviços de saúde (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Por conseguinte, a rede pública se compõe majoritariamente por unidades de atenção básica (95%) e serviços de emergência (65%), mas a falta de acesso ao atendimento ambulatorial especializado e à atenção hospitalar transformaram a emergência em um depósito dos problemas não resolvidos. Assim, os hospitais possuem dificuldade para

absorver o atendimento gerado nas unidades de urgência e emergência, em especial, o atendimento na urgência clínica (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Logo, os aspectos que envolvem à estrutura do sistema de saúde frente a atenção hospitalar, pré-hospitalar e de atenção básica podem favorecer ou dificultar a integralidade da atenção às urgências e emergências. Para obter a qualidade do atendimento, é necessário a organização de sistemas locais que vincule os diferentes níveis de atenção (AZEVEDO et al., 2010). Há limites em várias etapas do processo de organização do sistema de saúde e de como a integralidade se comporta na organização do atendimento, na prestação dos serviços, na referência e contra referência e níveis de atenção (PINHEIRO, 2001).

Dessa forma, a criação do SUS fomentou a preocupação dos pesquisadores da área da saúde e dos chefes de governo em relação à verificação da qualidade e eficiência dos serviços, necessitando cada vez mais de técnicas e métodos que investiguem o setor e exerçam o devido controle na formação de políticas públicas (SANTOS et al., 2011).

Por meio de políticas como a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS/2002, o Ministério da Saúde aperfeiçoa às diretrizes já existentes e atende aos princípios de universalidade de acesso, integralidade e equidade na alocação de recursos (KUCYK, 2010). Ressalta-se que a NOAS foi um importante dispositivo para o desenvolvimento de redes regionais de sistemas de saúde, que reitera o processo de regionalização como estratégia da hierarquização dos serviços (GÖTTEMS, 2010).

Os princípios do SUS também são garantidos pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída pela Portaria nº 1.863/GM/MS, de 2003, que consubstancia as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, desenvolve as estratégias de qualidade de vida e saúde e assegura o acesso e acolhimento dos serviços (PNAU, 2006). A proposta da redução de filas e tempo de espera por meio do acolhimento com classificação de risco é consolidada pela Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) (MENDES, 2009).

Quatro estratégias estão interligadas nos atendimentos das urgências e emergências: a organização de redes assistenciais, humanização no atendimento dos pacientes, qualificação e educação permanente dos profissionais e a implantação/operação da central regulação médica de urgências. No que tange ao processo de regionalização,

as regiões de saúde se definem em espaços territoriais, onde são desenvolvidas as ações de atenção à saúde; o objetivo é garantir a resolutividade, qualidade nos resultados e a maior capacidade de cogestão regional. Entretanto, apesar dos avanços do SUS, a atenção às urgências tem se destacado pela falta de efetividade das diretrizes associadas à descentralização, regionalização e financiamento (FORTES, 2010).

Logo, apesar das mudanças para melhorar o sistema de saúde, nota-se que a atenção às urgências ainda é deficitária, pois a frágil descentralização da assistência e a incipiente ordenação dos fluxos persistem na maioria dos centros urbanos (GARLET et al., 2009). A regionalização e a hierarquização não garantem, exclusivamente, a redução do afluxo de usuários a nível de maior complexidade (SANTOS et al., 2003).

Em suma, é a resolubilidade das unidades básicas e secundárias, que faz os encaminhamentos serem evitados aos centros de complexidade terciária, principalmente, aos hospitais de grande porte, auxiliando na utilização e ocupação adequada dos leitos (SANTOS et al., 2003). Porém, as ações básicas não são suficientes para atender uma quantidade significativa dos problemas no nível primário de atenção, mesmo com seus esforços no alcance de uma configuração mais racional, integrada e equitativa, que seja a porta de entrada ou, pelo menos, referência para os usuários (CECILIO et al., 2012).

Por não ser colocada em prática a hierarquização na assistência à saúde, os serviços de urgência e emergência enfrentam o excesso de demanda, mesmo sendo feitas as adaptações na estrutura física e no conjunto de profissionais para enfrentar a superlotação nas unidades (LUDWING; BONILHA, 2003).

A superlotação se resume em vários determinantes: a) concepções distintas dos usuários, da população e de profissionais a respeito da definição de urgência, b) atenção primária e atendimento dos PAs de baixa resolutividade, c) desordenação do acesso dos pacientes aos serviços e à rede assistencial, d) estrutura tecnológica e arquitetônica inadequada dos PAs e dos hospitais de urgência, principalmente, das portas desses hospitais, e) falta de apoio dos serviços do hospitais para investigação e internação dos casos atendidos na porta hospitalar de urgência, f) limitação do perfil e capacitação dos profissionais inseridos na urgência, g) esgotamento dos modelos de gestão administrativa e clínica com base na racionalidade nos serviços de urgência, h) pouca sistematização nos hospitais universitários, em relação aos

processos de ensino, assistência e pesquisa na área da urgência (SANTOS et al., 2003).

O Brasil gasta mais com saúde do que os outros países de renda média. Em 2006, os gastos com saúde superaram 8% do Produto Interno Bruto brasileiro (PIB), que corresponde 45% de dívidas públicas, mais de 40% de gastos públicos e 35% de carga tributária. No sistema de saúde, os hospitais são a maior fonte de gastos com aproximadamente 60% sendo financiado pelos recursos públicos (FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Apesar disso, o país obtém apenas resultados medianos na prestação dos serviços, Ramos (2015) destaca que a literatura internacional identificou valores médios de ineficiência na rede hospitalar entre 13% e 59%, isso mostra que o gasto expressivo com atendimento hospitalar não tem gerado efeitos positivos na qualidade do atendimento. Em relação ao subsetor hospitalar, há cerca de meio milhão de leitos e são produzidas 20 milhões de internações; são os prestadores privados que respondem por 70% dos leitos, embora grande parte do atendimento hospitalar seja custeada pelo SUS (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Diante desta realidade, os serviços de saúde precisam focar na racionalização da rede assistencial, fazendo com que as ações e serviços sejam oferecidos de acordo com as necessidades da população e os problemas mais frequentes em cada região (FADEL et al., 2009). É de reconhecimento de todos a necessidade de desenvolver um marco de políticas coerentes, que considerem o contexto interno e externo dos hospitais, o uso eficiente dos recursos, qualidade do atendimento, satisfação dos usuários e contenção do aumento de gastos de saúde (FORGIA; COUTTOLENC, 2009). No mais, os desafios enfrentados pelo SUS são políticos e não podem ser solucionados apenas na esfera técnica, pois dependem dos esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade (PAIM, 2011).

2.1.1 Sistema Hospitalar

O Hospital é uma instituição aparelhada em material e pessoal, que realiza o diagnóstico e o tratamento de pessoas por meio da assistência médica e cuidados de uma equipe multidisciplinar (BEZERRA, 2002). No Brasil, existem 6.701 hospitais sendo 21% municipais, 8% estaduais, 1% federais e 70% privados (CNES, 2016).

Bezerra (2002) classifica o hospital em quatro tipos: hospital geral, que atende os pacientes com doenças de diversas especialidades médicas; hospital especializado, que, prioritariamente, atende os pacientes necessitados de uma determinada especialidade; hospital de curta permanência, cuja média de permanência dos usuários internados não ultrapassa 30 dias e hospital de longa permanência, que apresenta uma média de permanência dos pacientes internados superior a 30 dias. Em relação à lotação, os hospitais podem ser de pequeno porte (até 49 leitos), médio porte (50 a 149), grande porte (150 a 500 leitos) e de capacidade extra (acima de 500 leitos).

Os hospitais estão entre as organizações de maior complexidade e podem estar relacionados com duas dimensões; uma delas está associada à organização do trabalho, incluindo o processo e o produto. Outra dimensão se refere à condução do trabalho e à coordenação das ações específicas de cada parte, que visam atingir os produtos e os resultados globais. Ressalta-se que a complexidade na avaliação da qualidade do sistema hospitalar é ainda maior nos serviços de emergência, onde os recursos humanos, físicos, técnicos e tecnológicos nem sempre estão sob a sua responsabilidade direta (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Nos serviços hospitalares, o foco das atividades é o fluxo do paciente, que, muitas vezes, não é previsível e bem definido. Além disso, não há uma estrutura de comando simples, mas uma estrutura delicada de balanço de poder entre grupos de médicos, enfermeiros e gerentes; dessa forma, não se chega a um consenso geral sobre os objetivos que melhoram a produtividade dos serviços (PROTIL; MOREIRA, 2002).

Os hospitais são organizações orientadas a recursos (PROTIL; MOREIRA, 2002). Com o objetivo de melhorar as expectativas dos usuários, os hospitais podem utilizar duas alternativas: aumentar a capacidade disponível e aumentar a produtividade do sistema. Enquanto que a primeira alternativa se esbarra em problemas de contenção de custo e escassez de recursos, a segunda tem sido seguida por se basear na redução dos custos e aumento da eficiência logística (BORBA; RODRIGUES, 1998).

De acordo com Vissers et al., (2001), o controle de produção dos hospitais pode ser analisado sob três perspectivas: demanda superior à oferta, restrições de oferta definidas pelas organizações e as expectativas dos usuários sobre a qualidade de atendimento. Nesse sentido, o controle de produção depende da maximização do uso dos recursos, utilização dos recursos mais caros (escassos) e os padrões aceitáveis

de qualidade do serviço. Quanto ao nível de qualidade, as unidades hospitalares controlam a produção, reduzindo ou eliminando as listas de espera e garantindo o melhor aproveitamento dos recursos. Oliveira et al., (2004) afirma que a administração dos recursos disponíveis e a implementação de novas estratégias aumentam a eficiência logística e aumentam a satisfação dos usuários sobre o sistema.

Na análise de tendências e estratégias da atenção hospitalar, Forgia e Couttolenc (2009) define três dimensões analíticas que afetam os resultados do hospital. Esses resultados são mensurados pela qualidade do serviço, nível de pacientes, equidade e eficiência. As dimensões analíticas determinantes no desempenho são:

a) Ambiente externo: envolve as políticas, regulamentos, condições de mercado e formas de pagamentos, considerados decisivos no sistema hospitalar.

b) Ambiente organizacional: estruturas e arranjos que dão possibilidade de resposta ao hospital em relação aos incentivos produzidos pelo ambiente externo. Deve-se considerar a exposição financeira ao mercado e a disciplina financeira.

c) Ambiente interno: nele se observa a influência do ambiente externo e organizacional. Nessa esfera, os recursos se convertem em serviços prestados e são destacadas as práticas de gerenciamento de recursos, bem como as características de estrutura: mão de obra, instalações, equipamentos e processos.

Kovner et al., (2000) apresenta uma visão crítica em relação ao processo decisório dos hospitais. Em muitas organizações de saúde, observa-se que as decisões principais se baseiam em evidências não sistematizadas e sem uma avaliação aprimorada, pois muitas vezes, não há um questionamento acerca da validade das informações usadas na tomada de decisão. Somado a isso, há pouco treinamento e faltam experiências vivenciadas pelos gestores de saúde, que contribuam com os pesquisadores e mostrem maior compromisso com os valores da pesquisa aplicada na área. Borba e Neto (2008) destacam a pouca evidência sobre as práticas gerenciais, que não são muito compartilhadas nas pesquisas de gestão em saúde.

2.1.2 Demanda na Saúde

De acordo com LUNES (1995), a demanda é a quantidade de determinado bem ou serviço que as pessoas desejam consumir por período de tempo, dadas as restrições orçamentárias. Tendo em vista essa definição, o autor pontua os determinantes da demanda, os quais são: estrutura de preferências do consumidor, qualidade percebida sobre o produto ou serviço, preço do bem ou serviço, preço de outros bens e serviços e a renda disponível do consumidor.

No sistema hospitalar, dificilmente, se utilizam de experiências anteriores para eliminar os riscos e incertezas dos serviços prestados. No atendimento, não há garantia de que uma experiência anterior sucedida se repita da mesma maneira sempre que o usuário for à unidade. Logo, a falta do elo de confiança entre os atores do sistema também influencia na demanda do serviço (ARROW, 1963).

No serviço de emergência, a demanda dos usuários é crítica e variável (SABBADINI et al., 2006). Segundo Garcia e Reis (2014), o atendimento da demanda espontânea depende de gestores que promovam condições estruturais, bem como equipes de saúde capacitadas e preparadas para os casos crônicos, urgências de menor gravidade e situações de emergência. Além disso, deve ser acionada, quando necessária, a remoção do serviço para outro de maior complexidade com o objetivo de dar continuidade ao atendimento.

Arrow (1963) afirma que a demanda individual por serviços de saúde é irregular e imprevisível, enquanto a demanda agregada é facilmente previsível e considera as informações populacionais e epidemiológicas.

Segundo Coelho et al., (2010), a análise da demanda por atendimento hospitalar permite caracterizar o perfil dos casos atendidos, além de auxiliar os enfermeiros na elaboração das rotinas e estratégias, adequando os recursos humanos e tecnológicos às necessidades do paciente.

Nas unidades de urgência e emergência, a demanda é inadequada devido a insuficiência da cobertura assistencial, produção de cuidados e a integração das ações de saúde. É preciso superar a fragmentação das ações de saúde, a fim de possibilitar a resolução integral das necessidades da demanda ou realizar a transferência para um serviço de maior complexidade (GARCIA; REIS, 2014)

Parece complicado realizar cálculos precisos de mensuração da demanda por serviços de saúde, ou mesmo a definição das necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva, é importante o desenvolvimento de estudos sobre as demandas identificadas nos serviços de saúde, que revelam as subjetividades presentes no atendimento. Essa análise ajuda a compreender os mecanismos de acesso dos usuários, o setor público, os tipos de atendimento e tratamento na saúde, além de expor o cotidiano dos profissionais e a organização das ações em consonância com os princípios do modelo de saúde vigente (SANTOS; PENNA, 2013).

2.1.3 Capacidade do Serviço Hospitalar

No âmbito hospitalar, a gestão da capacidade está relacionada à alocação e utilização eficiente dos recursos humanos, que são de alto custo e impactam significativamente o fluxo de pacientes e o desempenho do sistema (SABBADINI; GONÇALVES; OLIVEIRA, 2006).

Capacidade é o nível máximo que um processo pode atingir ao operar, sob condições normais, em determinado período de tempo (SLACK, 2002). Fitzsimmons (2014) define a capacidade do serviço em unidades de produção por unidade de tempo, mas também pode ser definida por meio do número de assentos em determinado sistema, por exemplo, o número de leitos no hospital.

Nos hospitais, os pacientes de estadia curta e de longos períodos de observação nem sempre permitem que seja feita uma relação clara entre o número de leitos e o número de usuários. Justa e Malik (2013) afirmam que o mapeamento dos processos se torna obrigatório para a decisão da quantidade de leitos.

De acordo com Slack (2002), a complexidade dos processos produtivos dificulta a mensuração da capacidade, que tende a ser mais facilmente definida nos casos de produção padronizada e repetitiva. No âmbito hospitalar, as medidas de capacidade podem ser de insumo ou volume de produção; entretanto, é difícil prever o volume de produção em hospitais e comparar as capacidades das organizações de saúde que realizam diferentes atividades.

As principais decisões sobre a capacidade agregam várias ações: calcular as capacidades das instalações atuais, prever as necessidades futuras de capacidade para produtos e serviços, identificar diferentes formas de afetar a demanda, avaliar o impacto da decisão sobre a capacidade na qualidade do serviço e escolher as alternativas que incrementam a capacidade do sistema. Além disso, todas as organizações, sejam fábricas, hotéis ou hospitais processam fluxos e estão submetidas a algum tipo de restrição de capacidade, que precisa ser gerenciada para atender a demanda de forma eficiente (SABBADINI; GONÇALVES; OLIVEIRA, 2006). Essas restrições podem ser de recursos, associadas aos fatores físicos (equipamentos, pessoas, gargalos e matérias) ou restrições de políticas e cultura da organização, estabelecidas por normas, procedimentos e práticas (GONÇALVES, 2004).

No Brasil, os serviços de emergência funcionam acima de sua capacidade máxima. A taxa de ocupação de leitos é acima de 100%; há insuficiência de profissionais, muitas vezes, sem treinamento ou reciclagem; a demanda é excessiva ou inadequada; a verba é insuficiente; os recursos não são bem aproveitados; faltam leitos de retaguarda e planejamento efetivo das atividades (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Logo, a análise da capacidade é fundamental nas unidades de emergência hospitalar, pois os pacientes se encontram mais debilitados e tendem a reduzir a ansiedade no momento do início de atendimento (SABBADINI; GONÇALVES; OLIVEIRA, 2006). Segundo Picchiani (2009), a capacidade hospitalar da emergência é o número de leitos que efetivamente poderão ser usados nas situações consideradas anormais ou de calamidade pública, sendo obtida por meio da soma da capacidade instalada principal com o total de leitos auxiliares e reversíveis.

São as instalações e os funcionários ociosos da organização que definem uma demanda inferior a capacidade disponível. Esses períodos de ociosidade e de longas filas de espera estão associados às variações naturais da demanda, que são também influenciadas pelos hábitos dos usuários e pela cultura organizacional (FITZSIMMONS, 2014). Portanto, a quantidade de usuários no sistema e a variação da demanda influenciam diretamente na taxa de utilização dos serviços ofertados, sendo fatores importantes no processo decisório e nas possíveis mudanças ou adequações da capacidade instalada (OLIVEIRA et al., 2016).

Na adequação da capacidade à demanda, a variabilidade nas taxas de chegadas dos usuários para determinado serviço é um desafio bem comum entre os gerentes. Há diversas variabilidades a serem consideradas: a) variabilidade de capacitação, pois alguns usuários desempenham tarefas com mais facilidade que outros, b) variabilidade de solicitação, referente às demandas únicas dos usuários e aos tempos de atendimento desequilibrados, c) variabilidade de esforço, direcionada à interação e ao comprometimento do usuário, d) variabilidade de preferência subjetiva, relacionada à expectativa do usuário, e) variabilidade de chegada, que identifica os funcionários ociosos ou usuários em espera (FITZSIMMONS, 2014).

O gerenciamento da capacidade lida com as diferenças entre a demanda pelo serviço e a capacidade da organização em atender essa demanda. Dois fatores estão relacionados com a capacidade: o tempo necessário para prestar o serviço e o tipo de serviço. Ressalta-se que é de responsabilidade do gestor conciliar uma demanda variável e fora de controle com uma capacidade que, em geral, é fixa (JUSTA; MALIK, 2013).

Por conseguinte, a utilização da capacidade e o gerenciamento da demanda são desafios importantes nas operações de serviços, que prezam pelo melhor aproveitamento dos recursos (SABBADINI; GONÇALVES; OLIVEIRA, 2006). Seja no hospital ou no sistema local, o estudo da capacidade alinhada à demanda é um instrumento de ordenação do trabalho assistencial e gerencial dos profissionais de saúde (COELHO et al, 2010).

Segundo Gonçalves (2004), há poucas pesquisas sobre o gerenciamento da capacidade de atendimento. Os hospitais analisam sua capacidade por meio de indicadores quantitativos, demonstrando os dados de produção de cada setor, que podem ser: número de consultas no sistema ambulatorial, internações, cirurgias, dentre outros. Porém, esses volumes físicos não atendem as preocupações frequentes do sistema hospitalar como, por exemplo, as filas de atendimento.

2.1.4 Urgência e Emergência no Sistema Hospitalar

Segundo o Conselho Federal de Medicina, o conceito de emergência está relacionado à constatação médica de condições de agravo à saúde, que pode implicar em risco

iminente de vida ou sofrimento intenso, requerendo o tratamento médico imediato. O conceito de urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, que tenha ou não risco potencial de vida, cujo portador necessita da assistência médica imediata (FORTES, 2010).

Os serviços de emergência são componentes essenciais no sistema nacional de saúde, pois atendem aos casos agudos com ou sem risco de morte (GARCIA; FUGULIN, 2010). No Brasil, 90% das emergências são casos clínicos e 10% correspondem a traumas em pronto-atendimento hospitalar que, em grande parte, possuem baixa complexidade e podem ser tratados nas redes básicas de saúde (RIBEIRO et al., 2014).

A unidade de emergência é caracterizada pela unidade de assistência especial, destinada ao atendimento da demanda; área operacional, direcionada as atividades de reanimação do paciente, medicação e outros procedimentos e o período de trabalho com jornadas de até 12 horas. Em geral, o serviço de emergência está inserido nas instituições de referência de média e alta complexidade, onde os pacientes chegam por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou transferências realizadas pelos PAs das regiões próximas (SCHMOELLER; GELBCKE, 2013).

Nos prontos-socorros, pronto-atendimentos e assistência pré-hospitalar, a Atenção de Urgência e Emergência segue algumas diretrizes como: a) fazer a avaliação de risco para acolher a demanda, garantindo o acesso referenciado a outros níveis de assistência, b) ter comprometimento com a referência e contra referência com acesso à estrutura hospitalar e transferência segura, c) fazer a definição dos protocolos clínicos, dispensando as intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e necessidades do paciente (MENDES, 2009).

Nas urgências e emergências, há muitos problemas relacionados ao planejamento, alocação e avaliação dos recursos humanos. Tais problemas assumem maiores proporções em virtude da dinâmica de trabalho, o processo decisório, rotatividade dos pacientes e escassez de parâmetros, que afetam a operacionalização dos métodos convencionais de dimensionamento de pessoal (GARCIA; FUGULIN, 2010). Constata-se uma variedade de condições clínicas atendidas nessas unidades, gerando uma demanda maior que a capacidade de atendimento e dificultando a padronização das condutas (SCHOUT; NOVAES (2007). É o crescimento da

demanda e o desagrado dos usuários que causam a superlotação desses serviços (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

No contexto da saúde pública, a prática assistencial dos serviços de urgência e emergência ainda está centrada em atendimento de menor gravidade, sem que se tenham normas específicas de atendimento ao setor. O processo de classificação de risco é incipiente e os usuários apresentam tempo de permanência superior a 24h (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010), que é considerado o tempo máximo de permanência dos pacientes, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2077/2014.

A procura pelos serviços não está restrita a falta de acesso, pois leva em consideração também a conveniência e preferência dos usuários (STEIN, 1998). A concepção do usuário tem importante valor, pois a condição em que ele se encontra motiva a busca pelo serviço com base nas suas prioridades, que não necessariamente condizem com as prioridades da organização (LUDWIG; BONILHA, 2003). Sob essa ótica, o atendimento da emergência precisa de uma abordagem sistematizada (RIBEIRO et al., 2014).

No que tange ao fluxo de informações desses serviços, o número elevado de altas médicas e atendimentos pode sinalizar falhas na regulação médica e na classificação de risco, que estabelecem relação com a grande demanda dos serviços na unidade de pronto-atendimento. Compreende-se, portanto, que os investimentos em capacitação profissional, em registros corretos nos prontuários e em estruturas físicas adequadas consolidam o atendimento eficaz (RIBEIRO et al., 2014).

Nesse sentido, para que o atendimento das urgências e emergências garantam a possibilidade de sobrevida maior e contribuam na integralidade da atenção, os serviços que compõem a rede precisam estar aptos para o acolhimento e o encaminhamento dos pacientes acometidos de um agravo agudo, prestando um serviço que esteja de acordo com a capacidade instalada (ROSA, 2011).

De acordo com Borba e Neto (2008), o crescimento da demanda, os elevados custos, as restrições que impedem o atendimento eficaz dos serviços, as políticas, bem como o modelo vigente de assistência tem motivado o interesse pelo estudo do monitoramento da qualidade e gestão em saúde.

2.2 Gestão em Saúde

Na gestão em saúde, os sistemas de avaliação mostram o desempenho dos serviços em relação ao acesso, segurança, efetividade, acessibilidade, equidade e eficiência no atendimento ao usuário. Para isso, se faz necessário conhecer todo o sistema, analisar processos, resultados e obter informações confiáveis, que subsidiam as políticas e práticas de saúde, garantindo a viabilidade e sustentabilidade social, política e econômica (SCHOUT; NOVAES, 2007).

A subjetividade e complexidade da gestão em saúde estão presentes na tomada de decisão, que atua como um processo de intermediação e implementação de políticas. Alinhado a isso, as organizações de saúde demandam informações cada vez mais aprimoradas para o processo decisório, abrangendo características de pessoas, sistemas e serviços, tais como: motivações, interesses, racionalidades, conhecimentos, intuições, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica e controle de capitais e recursos (MIRANDA, 2005 apud LOTUFO; MIRANDA, 2007).

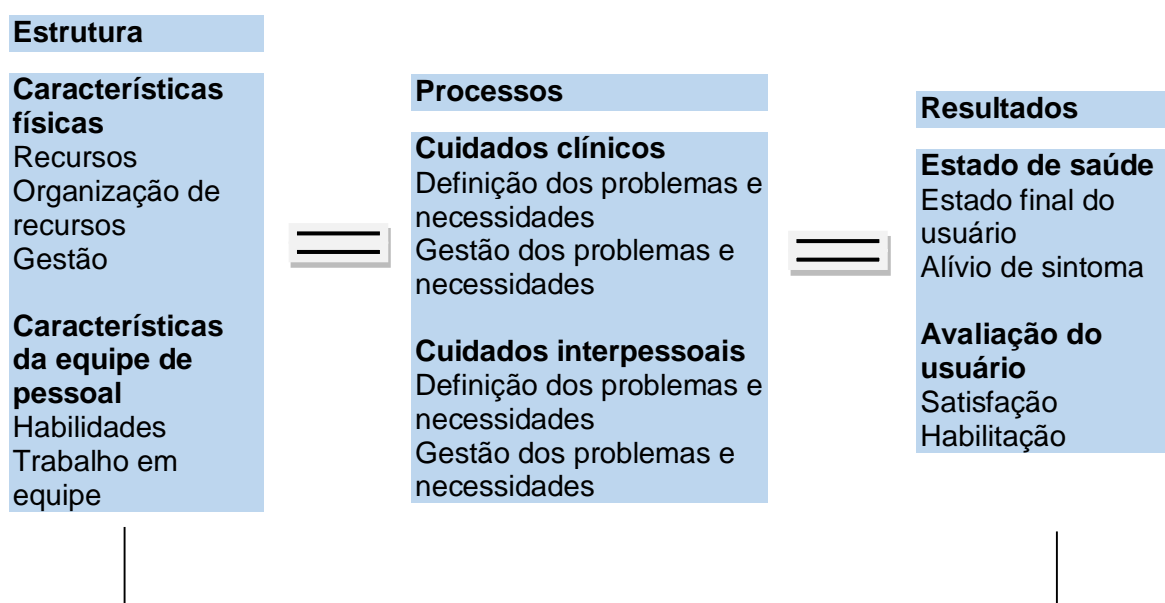
Silva (2005) afirma que a análise de resultados é uma das principais ferramentas da gestão hospitalar. Ademais, o monitoramento de indicadores desenvolve várias propostas nos serviços de saúde, uma vez que permitem instrumentalizar processos de avaliação e de garantia da qualidade (SHOULT; NOVAES, 2007).

A complexidade da gestão hospitalar está relacionada à avaliação do hospital, que deve ser analisado como um componente de sistema de saúde mais amplo, considerando também as características internas da organização e os fatores contextuais, por exemplo, as alterações das práticas clínicas e mudanças no perfil de demanda (BORBA; NETO, 2008).

Destaca-se que a gestão hospitalar não se resume ao ambiente interno, podendo permitir também a comparação entre hospitais, em perspectiva local, regional, nacional e internacional; tais possibilidades de monitoramento e comparação são reforçadas pela informatização dos serviços de saúde, os portais de livre acesso governamental e a internet (SHOULT; NOVAES, 2007).

Souza et al., (2009) afirma que o controle da gestão hospitalar é essencial para a eficiência da organização e para a qualidade nos serviços. De acordo com Campbell,

Roland e Buetow (2000), pode-se analisar a qualidade dos serviços de saúde por meio de dois fatores: acesso e efetividade; o primeiro se refere às barreiras geográficas que impedem ou facilitam o acesso aos serviços de saúde e o segundo analisa se o serviço foi efetivo e supriu as necessidades do usuário, após seu acesso. Os autores também propõem um modelo, que avalia os serviços de saúde por meio da associação entre diferentes componentes do sistema. Com o sistema de avaliação, é demonstrada a relação direta entre estrutura disponível, processos de atendimento e resultados alcançados no processo. O modelo é representado pela figura 1.



Fonte: adaptado de Campbell, Roland e Buetow (2007), 2000, p.1613.

Figura 1 – Modelo baseado na abordagem de sistemas para avaliação dos cuidados de saúde

A figura 1 mostra que a estrutura e os processos geram impacto direta ou indiretamente nos resultados. Assim, para avaliar os serviços de saúde, devem ser considerados esses três elementos que, não necessariamente, estão relacionados de forma linear. A estrutura inclui os recursos técnicos e de pessoal; os processos envolvem os cuidados médicos e interpessoais, considerando as relações sociais e psicológicas entre médicos, usuários e outros profissionais do sistema e os resultados definem o estado final do usuário e a satisfação pelo serviço prestado. Dessa forma, os resultados impactam significativamente na estrutura e definição dos processos, ao passo que a estrutura e os processos também exercem forte influência no resultado final.

Apesar do setor de saúde possuir práticas de gestão, há poucos estudos que analisam essas abordagens, sendo ainda incipiente a sistematização dos mecanismos de aprendizagem organizacional. Portanto, no âmbito hospitalar, é necessário que se estabeleça uma cultura de gestão, cujos objetivos atendam à equidade e otimização dos recursos, considerando o modelo de assistência à saúde (BORBA; NETO, 2008).

Diante disso, cabe aos gestores das organizações de saúde utilizar ferramentas gerenciais para o desenvolvimento de indicadores assistenciais, avaliação de desempenho e o controle de gestão. São essas ferramentas que tendem a racionalizar os processos e economizar os recursos escassos (SOUZA et al., 2009).

Dessa forma, nas próximas seções, são apresentados alguns instrumentos, que auxiliam na compreensão do fluxo de trabalho das organizações de saúde, identificando os gargalos e as dificuldades enfrentadas no sistema hospitalar, principalmente, nos serviços de urgência e emergência. Essas ferramentas permitem estabelecer também uma análise dos principais componentes do sistema: estrutura, processos e resultados.

2.2.1 Mapeamento de Processos nos Serviços de Saúde

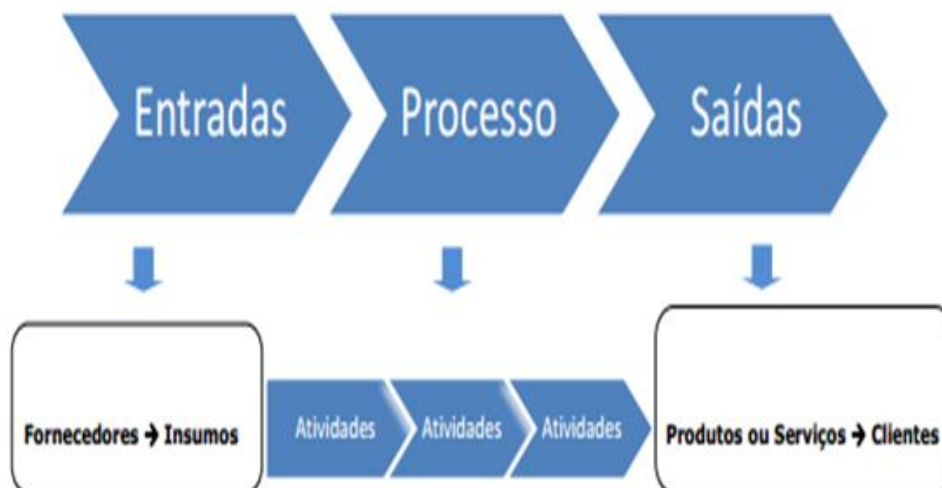
Nas organizações, a análise dos processos se originou no movimento de gestão pela qualidade, cuja finalidade era evidenciar que a necessidade de atingir resultados está relacionada à articulação das atividades, identificação do papel de cada pessoa e departamento para agregação de valor ao usuário final. Logo, no sistema de gestão, o mapeamento de processos é um instrumento usado para viabilizar mudanças e gerar melhorias na qualidade da assistência e na implementação de políticas setoriais (DEMARCHI, 2012).

Mapear um processo é fazer um desenho inicial, analisando uma sucessão de atividades relacionadas (KIPPER et al., 2011). Com o mapeamento, se identifica os principais passos e decisões no fluxo de trabalho de rotina, fluxo de informações, materiais e documentos (BARBROW; HARTLINE, 2015).

Processo é qualquer atividade ou conjunto de atividades que agrega valor a determinado input (entrada), fornecendo um output (saída) a um cliente específico

(GONÇALVES, 2000). Nele, são exibidas informações importantes, visto que os problemas de execução são mapeados e possibilitam a identificação de gargalos no sistema. (BARBROW; HARTLINE, 2015). Gargalo é o fator que limita a produção, sendo considerado a operação mais lenta (FITZSIMMONS, 2014).

A figura 2 mostra os elementos de um processo, descritos no Manual de Gestão de Processos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.



Fonte: Manual de Gestão de Processos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2014).

Figura 2 – Elementos do Processo

De acordo com a figura 2, as entradas correspondem aos insumos necessários para iniciar um processo, que podem ser a matéria-prima, os serviços, as informações, dentre outros; o processo é o conjunto de atividades que transforma os insumos em produtos ou serviços; as saídas são os produtos ou serviços com agregação de valor; os clientes são o destino das saídas (externos e internos) e os fornecedores dão insumos necessários que iniciam as atividades (externos e internos).

Segundo Gonçalves (2000), a análise dos processos implica na demonstração do fluxo, sequência de atividades, espera e duração do ciclo, dados e informações, pessoas envolvidas, relações e dependência entre as partes. Quando a organização é orientada por processos, são valorizados o trabalho em equipe, a responsabilidade individual e a cooperação. O autor também destaca a importância da tecnologia da informação na gestão por processos, pois ela influencia na forma como o trabalho é realizado e no seu gerenciamento. Em organizações estruturadas por tarefas, o redesenho dos processos exerce um papel importante.

O Redesenho envolve a participação dos indivíduos inseridos no processo, propiciando a discussão de mudanças e melhorias. Quando analisado periodicamente, o processo sofre ajustes necessários, que somado às evidências estatísticas, avaliam se as modificações realizadas se aproximam ou se afastam do resultado desejado (LIMA, 2007)

O mapeamento e redesenho dos processos permitem o melhor aproveitamento dos recursos materiais e financeiros disponíveis, bem como o aumento da capacidade de produção e de capital humano. Sendo assim, eles reorganizam e ampliam a oferta de serviços, beneficiando seus usuários (BLUMM et al., 2014).

No ambiente hospitalar, são implementados os processos permanentes de gestão e assistência. Segundo o Manual de Gestão de Processos da SES/DF, os processos gerenciais estão ligados à estratégia organizacional, direcionados à formulação de políticas e diretrizes, desenvolvimento de indicadores e avaliação dos resultados alcançados no meio externo e interno à organização. Por sua vez, os processos assistenciais e de suporte referem-se, respectivamente, à essência do funcionamento da organização e garantia do suporte adequado aos processos assistenciais por meio da entrega indireta de valor ao usuário

Uma excelente ferramenta de gestão organizacional é o fluxograma. Ela é a que melhor representa as trocas e interações entre os elementos que compõem um processo (DEMARCHI, 2012). É o fluxograma que caracteriza o ambiente, destaca os atores envolvidos e a forma como o processo flui entre os participantes.

Nos hospitais, há três categorias de processos empresariais, os quais são: a) processos de negócio, que caracteriza a essência do funcionamento da instituição, onde a prática médica e de enfermagem são consideradas processos assistenciais ou de sustentação, b) processos de apoio, que viabilizam o funcionamento de vários subsistemas e podem ser considerados como processos de suprimentos de materiais, recursos humanos e financeiros e c) processos gerenciais, focados nas atividades dos gerentes, incluindo ações de medição e ajustes de desempenho (LIMA, 2007).

Salviano (2001) enumera os principais pontos para a obtenção de melhorias com a gestão por processos: 1. Compreensão das limitações, implicações e características de melhoria dos processos, 2. Escolha, utilização e interpretação de um bom modelo de processos, 3. Alinhamento dos objetivos com os esforços de melhorias, estratégias

de negócios e contexto, 4. Definição de metas relevantes, mensuráveis e viáveis, 5. Considerações aos aspectos gerenciais, técnicos e humanos de melhoria e 6. Comprometimento da alta gerência, participação de todos e condução por meio de empreendedores.

Ressalta-se que a consistência científica e os problemas que impactam à saúde da população devem estar associados às informações empíricas de estrutura, processos e resultados, que demandam indicadores na avaliação de desempenho e controle da gestão hospitalar (SHOULT; NOVAES, 2007). Portanto, nas organizações hospitalares, para que seja garantida a qualidade dos serviços de saúde, são necessários estabelecer padrões, critérios de qualidade e indicadores para cada processo interno do sistema (SOUZA et al., 2009).

2.2.2 Indicadores Assistenciais nos Serviços de Saúde

O diagnóstico das necessidades da população é o eixo de partida para a organização do sistema de saúde, que se baseia em indicadores, dados de morbidade e mortalidade de uma determinada área geográfica (COELHO et al., 2010). No âmbito da saúde, o indicador pode ser considerado uma medida de atividade ou mesmo uma medida quantitativa, que monitora e avalia a qualidade de cuidados providos ao paciente (BITTAR, 2001). Ele é capaz de medir a eficácia dos processos e causar mudanças de paradigmas, pois, por meio deles, podem ser feitas as escolhas de atendimento pelos beneficiários do SUS ou planos de saúde (GODOY et al., 2013).

No SUS, os indicadores utilizados na avaliação da gestão hospitalar estão voltados para a movimentação dos pacientes e leitos hospitalares. Na avaliação do desempenho hospitalar, os indicadores clássicos são construídos por meio do censo hospitalar, são analisados mensalmente e concedem informações que subsidiam os serviços de saúde; alguns deles são: taxa de ocupação, média de permanência, índice de rotatividade, intervalo de substituição, taxa de mortalidade hospitalar e institucional (SCHOUT, NOVAES, 2007). A área hospitalar também consagra outros indicadores como o número de funcionários por leitos, faturamento por funcionários, lucro por funcionários, ativos fixos por funcionários, número de cirurgias realizadas por dia útil

por sala cirúrgica e percentagem em tempo de funcionamento do sistema (MACHILINE; PASQUINI, 2011).

Normalmente, os indicadores gerenciais são médias de dados, por exemplo, o tempo médio de permanência de pacientes internados no hospital é a média aritmética simples do tempo de permanência de pacientes internados (MACHILINE; PASQUINI, 2011); segundo Bittar (2001), a média de permanência é considerado um indicador de produtividade.

O indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, índice, número absoluto ou um fato (BITTAR, 2001). Eles devem se associar ao contexto onde são aplicados, pois complementam uma avaliação qualitativa, mas não a substitui (PICCHIAI, 2009). Além disso, há vários requisitos a serem considerados no desenvolvimento de um indicador como: validade, especificidade, utilidade, viabilidade, simplicidade e confiabilidade (MACHILINE; PASQUINI, 2011).

Os indicadores são medidas usadas na descrição de uma situação e na avaliação de mudanças (ROSSANEIS et al., 2014). De acordo com GODOY et al (2013), os indicadores podem ser de qualidade, produtividade, suprimentos e estoques, recursos humanos e contábil-financeiros.

Segundo Rossaneis et al., (2014), os indicadores de qualidade, desempenho e produtividade são essenciais no planejamento e no processo decisório dos gestores de saúde. O indicador de qualidade possui grande relevância para os negócios internos, clientes, acionistas, governo e comunidade (BITTAR, 2001). Alguns desses indicadores estão listados no Quadro 1.

Quadro 1 – Indicadores hospitalares de qualidade

- Taxa bruta de infecções
 - Taxa de cesáreas
 - Taxa de cirurgias desnecessárias
 - Taxa de complicações ou intercorrências
 - Taxa de infecção hospitalar (geral/sistêmica/topográfica, respiratória, urinária...)
 - Taxa de mortalidade geral hospitalar
 - Taxa de mortalidade institucional
 - Taxa de mortalidade materna hospitalar
 - Taxa de mortalidade pós-operatória
 - Taxa de mortalidade por anestesia
 - Taxa de mortalidade transoperatória
 - Taxa de remoção de tecidos normais
-

Fonte: RAS, V. 3, Nº 12, Jul-Set, 2001

O Quadro 1 mostra os indicadores hospitalares de qualidade. Segundo Godoy et al., (2013), esses indicadores estão relacionados ao resultado do processo, revelam a capacidade de atendimento e a percepção do usuário sobre o processo ou produto.

Entende-se que, por meio dos indicadores, é mensurado o grau em que os objetivos são realizados e o nível de utilização dos recursos (SCHMOELLER; GELBCKE, 2013).

Tendo em vista a melhoria organizacional, Bittar (2001) destaca a importância dos indicadores de produção, representados no Quadro 2.

Quadro 2 – Indicadores hospitalares de produção

- Número de atendimentos
 - Número de internações
 - Lista de espera e tempo de espera
 - Pacientes-dias
 - Taxa de ocupação hospitalar
 - Taxa de necropsia
 - Número de cirurgias e partos
 - Rendimento/concentração
-

Fonte: RAS, V. 3, Nº 12, Jul-Set, 2001

O Quadro 2 mostra que as medidas de produtividade podem ser aplicadas aos indicadores. Entretanto, por si só, eles não garantem uma análise completa da situação organizacional. Para verificar o desempenho dos serviços, os indicadores se

agrupam em várias temáticas: gestão, estrutura, processos e resultados (GODOY et al., 2013). O Quadro 3 mostra alguns indicadores de estrutura.

Quadro 3 – Indicadores hospitalares de estrutura

-
- Capacidade planejada (leitos e camas)
 - Capacidade operacional (leitos e camas)
 - Capacidade ociosa
 - Número de consultórios
 - Consultas/consultório/dia
 - Exames/equipamentos/dia
 - Kg roupa lavada/máquina/dia
-

Fonte: RAS, V. 3, Nº 12, Jul-Set, 2001

No Quadro 3, os indicadores de estrutura se relacionam com o meio interno das organizações de saúde e incluem os recursos humanos, materiais e de utilidade pública (BITTAR, 2001). Eles também dão suporte à execução dos processos, identificam a capacidade planejada e a capacidade operacional da organização, principalmente, em unidades de emergência e urgência, nas quais há inúmeras especialidades inerentes aos programas de serviços de saúde, as influências externas e internas e as condições de trabalho (GODOY et al., 2013).

Ademais, a qualidade da saúde também precisa ser analisada sob a perspectiva financeira por meio dos indicadores econômico-financeiros e de economia da saúde, centrados na análise de liquidez e minimização de custos (BITTAR, 2001). São os indicadores estatísticos que ajudam a descrever a situação atual de determinado fenômeno, servindo de comparação na avaliação das mudanças e execução das atividades; por isso, os setores de custo e contabilidade os utilizam para compor relatórios e fazer o acompanhamento gerencial e orçamentário (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006)

Não menos importante, os indicadores são também usados para analisar o desempenho de políticas e programas (SCHMOELLER; GELBCKE, 2013), nos quais são considerados os fatores externos às organizações de saúde como a demografia, geografia, economia, política, educação e tecnologia. Esses indicadores auxiliam na condição e promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação do cidadão-usuário (BITTAR, 2001).

Nos serviços de emergência, é incipiente a utilização de parâmetros, principalmente, na organização do trabalho de enfermagem. São esses parâmetros que definem os objetivos e indicadores para o controle de gestão, além de estabelecerem padrões normativos, avaliar a realidade de um fato e construir diagnósticos com base em estratégias e prioridades (SCHMOELLER; GELBCKE, 2013). O emprego dessas ferramentas possibilita que os gestores de saúde monitorem e avaliem os eventos que acometem os usuários, os trabalhadores e as organizações, verificando se os processos e os resultados organizacionais atendem às necessidades e expectativas dos usuários (ROSSANEIS et al., 2014).

Em suma, são inegáveis os esforços, internacionais e nacionais, no desenvolvimento de propostas de gestão da qualidade de assistência e avaliação de desempenho do sistema de saúde. Essas propostas dependem de fatores que frequentemente são ignorados, relativos à produção dos registros de dados e gestão da informação na saúde; os dados empíricos dependem de qualidade e validade para constituir uma base material, que permita o cálculo dos indicadores e outras análises posteriores (SCHOUT; NOVAES, 2007).

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Define-se como pesquisa o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo responder aos problemas propostos. A pesquisa é requerida, quando se dispõe de informação insuficiente para a resolução de problemas ou mesmo quando a informação disponível não está totalmente ordenada (GIL, 2002).

Luna (2012) afirma que a pesquisa é a produção de conhecimentos novos, que contribui socialmente e teoricamente para a área em questão. Quando se baseia em trabalhos já desenvolvidos, a pesquisa se torna pública e acessível.

Pesquisar é realizar um trabalho em processo controlável e previsível. Portanto, adotar uma metodologia auxilia na escolha de um caminho, um percurso que, muitas vezes, requer ser reinventado a cada etapa. No processo de pesquisa científica, os métodos científicos identificam como as operações mentais se processam (SILVA; MENEZES, 2005).

A utilização de métodos científicos caracteriza todas as ciências, mas nem todos os ramos de estudos que empregam métodos são ciências. O método agrega as atividades sistemáticas e racionais que permitem alcançar o objetivo com segurança e economia, se baseia em conhecimento válido e verdadeiro, traça um caminho, sinaliza os erros e auxilia no processo decisório (LAKATOS; MARCONI, 2003).

De acordo com a contribuição da metodologia na proposta desse trabalho, este tópico visa abordar as principais características dos métodos e técnicas de pesquisa para alcançar os objetivos específicos estabelecidos neste estudo.

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa

Segundo Gil (2002), a pesquisa se classifica como descritiva, quando for feita a relação entre as variáveis e a descrição de características de determinada população ou fenômeno. No entanto, algumas pesquisas, definidas como descritivas, servem para proporcionar uma nova visão do problema, adotando um caráter exploratório. As pesquisas que se propõem a estudar o nível de atendimento em órgãos públicos são consideradas pesquisas descritivas.

Richardson (1999) afirma que, nos estudos descritivos, os métodos quantitativos são frequentemente aplicados, pois visam descobrir e classificar a relação entre as variáveis, principalmente, investigar a relação de causalidade entre os fenômenos.

O método quantitativo é amplamente utilizado com a intenção de garantir resultados precisos, evitar distorções de análises/interpretações e possibilitar uma margem de segurança quanto às inferências. Entretanto, em estudos essencialmente quantitativos, podem estar presentes os aspectos qualitativos (RICHARDSON, 1999).

Com base nos estudos de Silva e Menezes (2005), é possível afirmar que a abordagem desta pesquisa é quantitativa e qualitativa. É quantitativa, pois tudo pode ser quantificável e as informações podem ser classificadas e analisadas com o uso de recursos e técnicas estatísticas, mas também é qualitativa no sentido de interpretar fenômenos e analisar os dados indutivamente. De acordo com Moresi (2003), a natureza da pesquisa é aplicada, pois busca gerar conhecimentos para solucionar problemas, por meio de aplicação prática, verdades e interesses locais.

Em relação aos dados, observa-se que a pesquisa adota fontes primárias e secundárias, baseando-se em dados históricos, bibliográficos, estatísticos e documentos pessoais (LAKATOS; MARCONI, 2003).

3.2 Caracterização da organização, setor ou área

A unidade hospitalar analisada foi criada em 1972, tendo suas obras interrompidas em 1975 e retomadas em 1980, contendo algumas modificações na planta física original. A obra custou onze bilhões e quinhentos milhões de cruzados (SES-DF, 2016).

Em 1984, o hospital foi inaugurado e tinha o objetivo de prestar assistência à saúde da população da Asa Norte, Lago Norte, Paranoá, Vila Planalto, Varjão e Cruzeiro (SES-DF, 2016).

A unidade hospitalar está credenciada como Hospital de Ensino junto ao Ministério da Educação e Ministério da Saúde. A área do hospital tem cerca de 42 mil metros quadrados e está dividido em seis blocos, sendo considerado referência no

atendimento às vítimas de queimaduras, lábio leporino, cridown e cirurgia bariátrica (SES-DF, 2016).

Quanto à estrutura e processos do Hospital, o ambulatório é chefiado pelas unidades de clínica cirúrgica – UCC, as consultas são agendadas no mês anterior para o mês seguinte e os exames ou procedimentos solicitados pelo especialista são agendados para o mês seguinte ou apenas quando surgirem vagas (SES-DF, 2016).

Na entrada do ambulatório, fica o guichê de marcação, onde as consultas são marcadas com encaminhamentos dos Centros de Saúde da Regional Norte. As consultas marcadas pelo SISREG – Sistema Nacional de Regulação – são feitas com encaminhamentos dos Centros de Saúde da Asa Norte. As cirurgias são agendadas previamente com a autorização médica, após a realização de consultas ambulatoriais e exames laboratoriais com imagem (SES-DF, 2016).

O SISREG é um sistema online desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS/MS – DATASUS que visa a integração e a garantia da qualidade ao processo de regulação nacional, fornecendo maior credibilidade aos dados do paciente. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo o complexo regulatório, que se estende da rede básica à internação hospitalar. O sistema atua em 1600 Municípios com 204 centrais de regulação ambulatorial e 19 centrais de regulação hospitalar, atendendo à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização dos recursos (SES-DF, 2016).

O pronto-socorro do hospital atende aos pacientes que procuram atendimento de urgência e emergência, que procedem de várias localidades de Brasília e entorno, podendo ser transportados pelo SAMU, Corpo de Bombeiros ou pelos respectivos acompanhantes. O atendimento é de 24 horas e apresenta as seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia plástica, clínica médica, odontologia, ginecologia/obstetrícia, oftalmologia, pediatria e queimados (SES-DF, 2016).

A unidade de pronto-socorro conta com 81 leitos de observação e com um total de 286 leitos de internação, distribuídos em: centro cirúrgico, centro obstétrico, pediatria, unidade de clínica médica, ginecologia, maternidade, UCIN, unidade de queimados, UTI adultos, banco de leite, unidade de cirurgia geral, unidade de cirurgia vascular, unidade de cirurgia plástica e internação da ginecologia (SES-DF, 2016).

3.3 Participantes do Estudo

A pesquisa foi feita com base nos dados adquiridos nas reuniões com a gerência de planejamento, de enfermagem e de emergência. Também foram fornecidos dados dos pacientes presentes no Sistema de Informação do Hospital: TrakCare. No total, foram realizadas 22 reuniões, no turno manhã e tarde com duração de uma a duas horas.

Foram realizadas treze reuniões com o Assessor de Planejamento da unidade, seis reuniões com a Supervisora de Enfermagem, duas reuniões com as Assessoras de Enfermagem e uma reunião com a Gerente de Emergência.

Nas reuniões, foram discutidos os processos da unidade de urgência e emergência, cujos os desenhos foram validados pelo Assessor de Planejamento e Supervisora de Enfermagem. O Assessor de Planejamento também forneceu, em tabela Excel, dados específicos do paciente como: data de admissão, hora de admissão, tempo de espera para a classificação, hora de classificação, data de saída, hora de saída e motivo de saída, referentes ao período agosto de 2016 a janeiro 2017.

3.4 Caracterização dos instrumentos de pesquisa

Silva e Menezes (2005) afirmam que os instrumentos de pesquisa propõem uma interação entre o pesquisador, o informante e a própria pesquisa.

Para o desenho dos processos da unidade, foi realizada uma observação sistemática, não-participante, individual e da vida real. O pesquisador faz um planejamento, presencia o fato, não participa, mas registra as informações à medida em que elas ocorrem (SILVA; MENEZES, 2005).

Para consolidar as observações de processo e desenvolver alguns indicadores, foram realizadas entrevistas não estruturadas com os participantes, com o objetivo de obter a descrição de cenário, aspectos relevantes e dados quantificáveis (RICHARDSON, 1999).

Para compreender o contexto de saúde do Distrito Federal, foram realizadas análises documentais dos documentos de referência publicados na Secretaria do Estado de

Saúde do Distrito Federal, onde foram extraídos tabelas e figuras referentes às regiões de saúde, unidades hospitalares e leitos utilizados.

Não menos importante, é usado o instrumento de revisão de literatura, que delimita o tema e explora as problemáticas no âmbito da saúde. Na revisão, são relatados o contexto, obstáculos e medidas que podem ser tomadas para minimizar os efeitos da superlotação e tornar mais eficiente a gestão dos serviços de urgência e emergência.

3.5 Procedimentos de coleta e de análise de dados

De acordo com Silva e Menezes (2005), os tipos de pesquisa não são mutuamente exclusivos, uma pesquisa pode ser ao mesmo tempo bibliográfica, documental, de campo e um estudo de caso.

Para consolidar esta pesquisa, foram adotados procedimentos técnicos como a pesquisa bibliográfica, sendo consultados os conteúdos já publicados sobre o assunto (livros e artigos científicos) e os materiais que não receberam um tratamento analítico (GIL, 2002).

Mediante ao caráter exploratório e descritivo do trabalho, foram coletadas informações sobre os participantes e as experiências práticas vivenciadas na unidade (SILVA; MENEZES, 2005). Foi realizada uma pesquisa de campo, cuja investigação empírica foi feita in loco (MORESI, 2003).

Outro tipo de pesquisa usado foi o Estudo de Caso. De um modo geral, esse tipo de pesquisa é elaborado para responder questões do tipo “como” e “porque”, cujo pesquisador exerce pouco controle sobre os eventos. O estudo de caso pode ser complementado por estudos exploratórios e descritivos (YIN, 2001)

A coleta de dados foi feita presencialmente e por e-mail. Foram realizadas vinte e duas com os participantes da unidade que, envolvidos na rotina de trabalho, acompanharam e validaram as duas etapas do estudo: mapeamento de processos e análise quantitativa dos processos. Não houve roteiro de entrevistas, pois as conversas foram informais e tinham como objetivo confirmar cada processo desenhado.

A etapa de mapeamento dos processos foi feita por meios das análises observacionais e reuniões com os participantes do cenário atual. Dessa forma, foram obtidas as informações sobre o fluxo do paciente e os processos de atendimento. O levantamento dos dados para essa etapa foi feito no período agosto de 2016 a novembro de 2016. O desenho dos processos e o levantamento dos dados ocorreram simultaneamente, dando suporte à criação dos indicadores. Com o mapeamento do cenário atual, foi possível obter o entendimento dos processos da unidade do pronto-socorro e discutir as melhorias com o grupo gestor participante.

Para a análise de Registro do Paciente, Tempo de Espera para a Classificação de Risco, Tempo de Permanência na unidade e Motivos de Saída, foram entregues, em tabela Excel, 64026 usuários, sendo analisados 62288 por conta dos erros de compilação e defasagem de preenchimento das informações contidas no Sistema do hospital, onde foram extraídos os dados quantitativos. Para a análise da Procedência dos usuários, foram analisados 62626 pacientes, admitidos no pronto-socorro no mesmo período de análise; os dados foram gerados em relatório e, posteriormente, transferidos para tabela Excel. Com os dados quantitativos, foram calculados percentuais e médias de tempo de espera dos pacientes, concedendo uma abordagem quantitativa ao estudo dos processos de admissão e classificação de risco.

A análise quantitativa ficou limitada à especialidade clínica médica. A escolha da especialidade foi influenciada por diversos fatores: a clínica médica possui a maior demanda de pacientes; o espaço de atendimento da especialidade é mais acessível para a observação focal; houve dificuldade no fornecimento dos dados primários das outras especialidades; os enfermeiros envolvidos na análise tem mais contato com os pacientes da clínica médica; os processos desenhados estão localizados na entrada do pronto-socorro, onde se espera pelo atendimento de clínica médica e oftalmologia.

Os gráficos e Tabelas construídos propõem um comparativo entre os processos existentes na unidade e expõe o cenário atual, a prática dos profissionais e o fluxo do paciente. O levantamento dos dados para a análise quantitativa das atividades foi feito no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Além da coleta de dados na unidade hospitalar, também foi feito um estudo dos dados secundários, presentes nos manuais elaborados pelos gestores da Secretaria de

Saúde. Os dados demonstraram o contexto da saúde no Distrito Federal, os recursos e a cobertura de programas, estabelecidos pelo GDF nas regiões de saúde.

Ressalta-se que os profissionais de saúde estiveram bem presentes na parte qualitativa da pesquisa, pois, por meio das conversas com eles sobre os processos desempenhados, foram destacados diferentes pontos de vista sobre a rotina de trabalho e as atividades desempenhadas na unidade de urgência e emergência. Em contrapartida, não houve conversas com os pacientes, sendo apenas estudado o quantitativo de usuários admitidos na unidade no período agosto 2016 a janeiro 2017.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante o contexto da saúde pública no país e com enfoque no sistema de saúde do Distrito Federal, este trabalho buscou analisar o atendimento da emergência e urgência de um hospital de grande porte da região Centro-Norte do DF. O estudo de caso da unidade hospitalar foi produzido com base nos conteúdos publicados sobre a rede assistencial e os dados fornecidos pelo hospital. A pesquisa de campo foi realizada no período de agosto de 2016 a abril de 2017.

Os resultados foram discutidos em quatro tópicos:

O tópico 4.1.1 fez uma análise situacional da saúde pública no Distrito Federal com a discussão dos indicadores, elaborados pelos gestores da Secretaria de Saúde do DF e publicados pelo Governo do Distrito Federal (GDF). Nessa etapa, foram debatidos os reais problemas da saúde do DF, bem como a regionalização e as políticas públicas que afetam os serviços de emergência das unidades hospitalares.

Para entender a rotina dos serviços de urgência e emergência, tendo em vista o contexto da saúde no DF, os tópicos 4.1.2 e 4.1.3 abordaram, respectivamente, a estrutura e os recursos disponíveis na unidade de pronto-socorro de um hospital de grande porte, cujos processos foram explicados detalhadamente no tópico 4.1.4.

O tópico 4.1.4 demonstrou o desenho dos processos da unidade de urgência e emergência, destacou o ponto de vista dos profissionais sobre a rotina de trabalho e analisou criticamente as atividades, identificando as falhas na estrutura física e no fluxo do paciente. O desenho dos processos foi validado pelos servidores participantes e a exposição das discussões foi autorizada pelo grupo gestor das gerências envolvidas: administrativa, enfermagem e emergência.

O tópico 4.1.5 mostrou os indicadores usados para analisar: procedência dos pacientes, registro, tempo de espera de classificação, tempo de permanência na unidade e motivos de saída dos usuários.

O tópico 4.1.6 mostrou gráficos e Tabelas, criados a partir dados fornecidos pela gerência de planejamento e de enfermagem, demonstrando a capacidade de atendimento na unidade. Logo, foram analisados os recursos disponíveis frente à demanda e ao perfil dos pacientes admitidos no pronto-socorro.

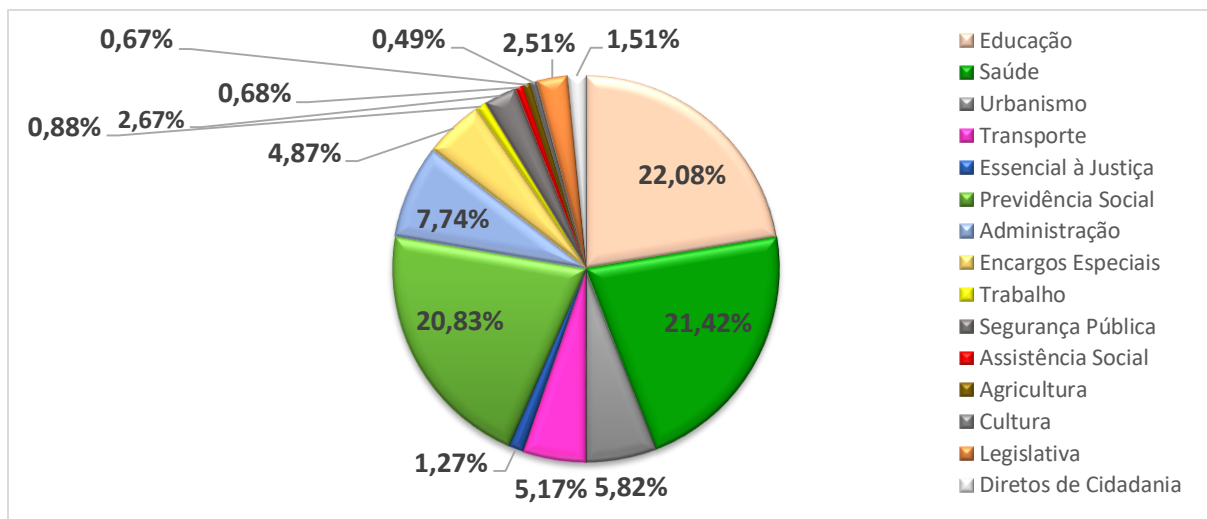
O fluxo analisado é de 24h e compreendeu o usuário admitido no sistema, classificado e atendido pelo médico especialista, responsável por conceder a alta médica. Portanto, o paciente internado, que possui um tempo de permanência superior a 24h, não foi analisado no escopo desse trabalho. Destaca-se que o estudo ficou restrito a representatividade da especialidade de clínica médica devido à alta demanda de pacientes, a facilidade de acesso para observação e o perfil dos profissionais de saúde envolvidos nas discussões e coleta dos dados.

4.1 Estudo de caso: Análise do atendimento da unidade de urgência e emergência de um hospital de grande porte do Distrito Federal

4.1.1 Sistema de Saúde no Distrito Federal

Na década de 60, se propunha, para a capital, a modernização na oferta dos serviços públicos. De acordo com Göttems et al (2009), no âmbito da saúde, priorizou-se a configuração sistêmica e integral que oferecesse, universalmente, os serviços equitativos de saúde, baseando-se em um modelo assistencial voltado para os aspectos da manutenção da saúde e a sua pronta recuperação. Este cenário foi muito modificado nos anos de 1980 e 1990, em virtude dos fenômenos locais e nacionais.

O gráfico 1, elaborado a partir dos dados disponíveis na transparência do site do Governo do Distrito Federal, mostra a distribuição dos recursos públicos nas maiores áreas temáticas do DF, no ano de 2016.



Fonte: adaptado pela autora com base nos dados de despesas líquidas em bilhões, coletados no Portal da Transparência do Governo do Distrito Federal (2016).

Gráfico 1 – Distribuição dos recursos públicos nas maiores áreas temáticas do Distrito Federal, 2016

O gráfico 1 indica que, no ano de 2016, 21% dos recursos foram destinados à área da saúde. Numa perspectiva crítica da utilização dos recursos na área da saúde, Ferraz e Vieira (2009) abordam dois importantes conceitos:

- 1) escassez relativa, na qual os recursos disponíveis ao Estado para investimento não se destinam apenas à saúde, o que a leva a competir com outras áreas (como as representadas no gráfico);
- 2) escassez absoluta, tendo em vista que por maiores que sejam os recursos destinados à saúde no processo de alocação entre as demais áreas, sempre haverá menos recursos disponíveis que os necessários para atender a todas as necessidades da população.

Partindo dessas premissas, os autores afirmam que gastar nesse setor é sempre relativo ao que se pode e quer investir em outras áreas; os autores destacam também a dificuldade na escolha entre as diversas políticas de saúde. Desse modo, ao falar da saúde, o problema da escassez de recursos deve estar sempre em foco.

Visando a utilização racional dos recursos e à descentralização administrativa, o artigo 10 da Lei Orgânica do Distrito Federal destaca a organização do DF em Regiões Administrativas com o objetivo de promover o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria da qualidade de vida. Essas regiões estão representadas na figura 3.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da SES-DF, versão 2007.

Figura 3 – Regiões de Saúde do Distrito Federal

Do ponto de vista da regionalização, a figura 3 mostra o território do DF dividido em 7 regiões de saúde, 31 regiões administrativas, subdivididas em 15 coordenações gerais. As regiões administrativas facilitam a administração do sistema de saúde, caracterizado pela distribuição das unidades sob a administração direta da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

A rede assistencial é composta por diversos pontos de atenção em saúde, que se responsabilizam pelos atendimentos ambulatoriais, de urgência e emergência, de internação e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (GDF, 2015).

Segundo o Relatório Anual de Gestão (2015) da Secretaria de Estado de Saúde do DF, as regiões foram organizadas baseando-se em alguns fatores: capacidade instalada da rede; reconhecimento do perfil demográfico, epidemiológico e social da população; problemas de saúde prioritários; fluxos de usuários; contexto geográfico; fluxos migratórios e distância entre as regiões administrativas (RA's).

A Resolução CSDF nº 457, de 5 de abril de 2016, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal nº 76, de 22 de abril de 2016, aprovou o Plano Distrital de Saúde (PDS), que contém o planejamento das ações estratégicas entre os anos 2016 e 2019 com enfoque nos compromissos e prioridades da saúde. O PDS relata que a divisão em RA's é a base para a definição de políticas públicas, cujas ações são direcionadas

não só a população de Brasília, mas também ao entorno, que influencia em setores como habitação, segurança, saúde e educação.

A Tabela 1 mostra todas as regiões de saúde, as regiões administrativas e a quantidade de habitantes no ano de 2014.

Tabela 1 – Demonstrativo da população do DF com as regiões de saúde e RA's, 2014

Região de Saúde	Região Administrativa (RA's)	População 2014
Centro-Sul	RA1 - Brasília (Asa Sul)	96.963
	RA16 - Lago Sul	33.738
	RA8 - N. Bandeirante	27.394
	RA17 - R. Fundo I	39.773
	RA21 - R. Fundo II	39.536
	RA24 - Park Way	21.621
	R19 – Candangolândia	17.695
	RA29 - S.I.A	2.702
	RA25 - SCIA (Estrut.)	32.995
	RA 10 – Guará	119.927
Total da Região Centro-Sul		432.344
Centro-Norte	RA1 - Brasília (Asa Norte)	136.586
	RA18 - Lago Norte	36.521
	RA11 - Cruzeiro	39.150
	RA23 – Varjão	10.223
	RA22 - Sudoeste/Octogonal	55.828
Total da Região Centro-Norte		278.307
Oeste	RA9 – Ceilândia	445.058
	RA4 – Brazlândia	63.531
Total da Região Oeste		508.589
Sudoeste	RA3 – Taguatinga	227.379
	RA20 - Águas Claras	113.282
	RA30 - Vicente Pires	65.314
	RA12 – Samambaia	219.794
	RA15 - Recanto das Emas	137.479
Total da Região Sudoeste		763.247
Norte	RA5 – Sobradinho	85.613
	RA26 - Sobradinho II	80.627
	RA31 – Fercal	9.827
	RA6 – Planaltina	188.990
Total da Região Norte		365.057
Leste	RA7 – Paranoá	60.708
	RA27 - Jd. Botânico RA	22.119
	RA28 - Itapoã	49.447
	RA14 - São Sebastião	93.318

(continuação)

Região de Saúde	Região Administrativa (RA's)	População 2014
Total da Região Leste		225.593
	RA2 – Gama	149.158
	RA13 - Santa Maria	130.076
Total da Região Sul		279.234
Total Geral DF		2.852.372
População RIDE		1.277.600
Total DF e RIDE		4.129.972

Fonte: Tabela adaptada, extraída do Plano Distrital de Saúde 2016 – 2019, versão aprovada conforme a Resolução CSDF nº 457, de 5 de abril de 2016.

De acordo com a Tabela 1, no ano de 2014, Ceilândia se destacou como a região administrativa mais populosa. Brasília (plano piloto) assumiu a segunda posição com 233.449 moradores e Taguatinga ficou em terceiro lugar com 227.379 habitantes.

A maioria dos habitantes do DF dependem do SUS, pois 65,36% da população do Distrito Federal não possui plano de saúde (PDS, 2016). Por meio de uma estrutura complexa, organizada em um sistema regionalizado e hierarquizado, o SUS/DF forma uma rede composta pelas Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde, Clínicas da Família, Postos Urbanos e Rurais), Unidades de Pronto Atendimento – UPAS, Centros de Especialidades Odontológicas, Hospitais Gerais e Especializados (RAG, 2015).

Em relação ao uso do Hospital Público/Unidade de Pronto Atendimento – UPA, 72,37% da população declara ser usuária do serviço, sendo 18,52% usuários em Ceilândia, 15,86% usuários em Taguatinga e 12,35% usuários no Plano Piloto. Além disso, 90% dos usuários de postos de saúde buscam pelo serviço na própria região administrativa (PDS, 2016). A Tabela 2 indica a quantidade de unidades de atenção primária por região de saúde no ano de 2015.

Tabela 2 – Demonstrativo das Unidades Básicas de Saúde, 2015

Região de Saúde	Centro de Saúde Tradicional	CS da Família	Clínica da Família	Postos de Saúde	Unidades alug./comodato/cedida
Centro Sul	9	2	0	6	7
Centro Norte	8	0	0	0	3
Oeste	12	1	0	5	4
Sudoeste	13	1	7	3	6
Norte	6	2	2	11	13
Leste	2	1	0	8	15
Sul	9	0	0	5	11
Total Geral DF	59	7	9	38	59
Total de UBS	172 Unidades Básicas de Saúde				

Fonte: Tabela adaptada, extraída do Plano Distrital de Saúde 2016 – 2019, versão aprovada conforme a Resolução CSDF nº 457, de 5 de abril de 2016.

Na Tabela 2, a região Norte foi identificada com o maior número de unidades básicas de saúde. No ano de 2014, a região Norte compreendia 4 regiões administrativas: Sobradinho, Sobradinho II, Fercal e Planaltina e possuía um contingente populacional de 365.057 habitantes, sendo mais populosa que as regiões de saúde Leste e Centro-Norte, apresentadas na Tabela 1.

Na atenção primária, estima-se que 70% dos atendimentos realizados nas unidades de emergência e nas UPAS podem ser solucionados nas unidades básicas de saúde. Diante dessa estimativa, um dos programas mais discutidos e que vem sendo colocado em prática na rede assistencial do DF é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa o funcionamento das 170 unidades básicas de saúde por meio das atividades dos profissionais envolvidos no projeto. Essa é uma proposta de organização do SUS, estabelecida pelo Governo do Distrito Federal, que tem o objetivo de acompanhar regularmente a saúde das famílias e, conseqüentemente, tornar as emergências menos lotadas e direcionadas ao atendimento dos casos mais graves e específicos (GDF, 2016).

A Tabela 3 mostra o contingente populacional, o percentual da cobertura das equipes de saúde da família, o número de equipes e o número de unidades de atenção básica (próprias e não próprias) por região de saúde.

Tabela 3 – Situação da Estratégia Saúde da Família no DF, 2016

Região	População	Cob. ESF	Nº ESF	Nº UBS próprias	Nº UBS não próprias
Sudoeste	779.433	32,2%	67	26	6
Oeste	518.985	27,4%	38	18	4
Centro-Sul	443.358	27,9%	33	17	5
Sul	285.147	39,4%	30	14	9
Leste	229.682	45,7%	28	11	15
Norte	372.582	42,2%	42	21	13
Centro-Norte	285.644	1,3%	1	8	2
Total	2.914.830	30,7	239	115	54

Fonte: Tabela adaptada, extraída do documento Brasília Saudável, publicado em junho de 2016.

Na Tabela 3, é notório a falta de cobertura do programa saúde da família nas regiões, principalmente, na região Centro-Norte. As regiões de saúde que apresentam maior cobertura são: sul, leste e norte.

O programa de saúde da família foi implantado em Brasília, em 1997 (ESCOREL et al, 2007). Segundo os dados do GDF (2016), o Distrito Federal tem 274 equipes de saúde da família atuando, onde apenas 103 unidades básicas funcionam com as equipes ESF e outras 55 atuam com ESF e equipes tradicionais, cobrindo apenas 30,88% da demanda na área. Os dados publicados mostram que com este número ainda não foi possível desafogar emergências, hospitais e UPAS.

No Brasil, o programa saúde da família surgiu na tentativa de incentivar o desenvolvimento da atenção primária, principalmente, em populações sem acesso aos serviços de saúde. Outra finalidade foi a de racionalizar os gastos desses serviços (STEIN, 1998).

Segundo o documento de referência Brasília Saudável (2016), a fragilidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (APS/DF) está relacionada com vários fatores: estruturas inadequadas; problemas na composição de saúde da família; atendimento burocratizado sem vínculo com a população usuária e sem enfoque nas necessidades de saúde dos territórios e da população acrescida; ausência de estruturas de equipamentos informatizadas e reduzida capacidade ambulatorial especializada. Esses problemas, somados à precariedade das UPAS (onde os custos unitários das atividades são altos), geram o cenário de superlotação dos hospitais.

Conclui-se, portanto, que a cobertura insuficiente do programa saúde da família e a baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde afetam no serviço de emergência dos hospitais regionais, que ainda é considerada a grande porta de entrada dos usuários. Dessa forma, as unidades hospitalares continuam a realizar atendimentos desde a emergência até os casos de média complexidade, excluindo as responsabilidades das unidades básicas de saúde.

Os hospitais regionais, localizados nas regiões administrativas, realizam atendimentos de emergência, de atenção secundária e de média complexidade (não possuem referência a uma especialidade) e estão representados na Tabela 4.

Tabela 4 – Unidades hospitalares da rede SES-DF, 2015

	Região de Saúde	Unidades Hospitalares (sem URD's)
	Centro-Sul	HMIB HRGu
Total da Região		2
	Centro-Norte	HRAN
Total da Região		1
	Oeste	HRC HRBZ
Total da Região		2
	Sudoeste	HRT HRSAM
Total da Região		2
	Norte	HRS HRP
Total da Região		2
	Leste	HRPa
Total da Região		1
	Sul	HRG HRSM
Total da Região		2
Total Geral DF		12

Fonte: Tabela adaptada, extraída do Plano Distrital de Saúde 2016 – 2019, versão aprovada conforme a Resolução CSDF nº 457, de 5 de abril de 2016.

De acordo com a Tabela 4, percebe-se que as regiões com uma unidade hospitalar são as menos populosas se comparado as regiões representadas na Tabela 1. A região Centro-Norte conta apenas com uma unidade hospitalar e possui baixa cobertura da ESF.

Segundo os autores Bittencourt e Hortale (2009), a superlotação é causada pela falta de leitos de internação. As Tabelas 5 e 6 mostram, respectivamente, a distribuição dos leitos de enfermarias e leitos de UTI por unidade hospitalar, no ano de 2015.

Tabela 5 – Leitos de enfermarias existentes, habilitados e bloqueados por hospitais próprios da SES-DF, 2015

HOSPITAIS	LEITOS POR TIPO		
	EXIST.	HAB.	BLOQ.
HRPA	210	188	22
HRP	155	155	0
HRC	361	345	16
HRT	420	420	0
HCB	17	17	0
HSVP	83	83	0
HAB	53	37	16
HRG	432	394	38
HRAN	339	339	0
HRS	222	130	92
HRBZ	127	127	0
HRSAM	97	97	0
HBDF	650	650	0
HRGU	53	53	0
CASA DE PARTO	6	6	0
HRSM	301	296	5
HMIB	246	187	59
TOTAL GERAL	3760	3512	248

Fonte: Tabela adaptada, extraída do documento Brasília Saudável, publicado em junho de 2016.

Tabela 6 – Leitos de UTI existentes, habilitados e bloqueados por hospitais da SES-DF, 2015

HOSPITAIS	LEITOS POR TIPO		
	EXIST.	HAB.	BLOQ.
HRC	18	14	3
HRT	36	26	1
HRG	20	8	0
HRAN	20	10	10
HRS	22	10	6
HRSAM	41	21	6
HBDF	87	29	28
HRSM	100	50	15
HMIB	76	66	10
TOTAL GERAL	420	234	79

Fonte: Tabela adaptada, extraída do documento Brasília Saudável, publicado em junho de 2016.

Na Tabela 5 e 6, identificou-se, respectivamente, que do total dos dois tipos de leitos existentes, 6,5% dos leitos de enfermarias e 18,8% dos leitos de UTI estavam bloqueados, no ano de 2015. O bloqueio de leitos, em quantidade significativa, ocorre em virtude da falta de técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros e defeitos de manutenção dos equipamentos. Os leitos bloqueados não são habilitados pelo Ministério da Saúde, o que impede o repasse dos recursos federais (Brasília Saudável, 2016).

Com base nos dados discutidos, há uma deficiência significativa na região Centro-Norte. A região conta apenas com uma unidade hospitalar, possui baixíssima cobertura da ESF e apresenta um total de 359 leitos no hospital da região. Em contrapartida, na Tabela 8, os hospitais contabilizados com o menor número de leitos têm, em sua região, outra unidade hospitalar, além de uma cobertura da ESF muito superior à que foi constatada na região Centro-Norte.

Entende-se que todo o Sistema Público de Saúde enfrenta muitos problemas. Além disso, ocorreram muitas mudanças sociodemográficas, epidemiológicas e estruturais no Distrito Federal, entorno e no país. No DF, Pires et al., (2010) presencia o fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, uma frágil conexão entre os serviços e procedimentos entre os gestores, bem como a incipiente regulação de acesso.

Diante desse contexto, surge a necessidade de aprimorar os processos de gestão em saúde, estabelecer um planejamento e a organização dos serviços, analisar o processo de trabalho dos profissionais e a cultura organizacional do setor público, que carece do compromisso com os resultados (Brasília Saudável, 2016). Nesse sentido, ferramentas de gestão tem sido utilizadas para estabelecer o controle de gestão eficiente e o monitoramento de indicadores hospitalares (SOUZA et al., 2009).

Tendo isso em vista, foi feito um estudo sobre os serviços de urgência e emergência de um hospital de grande porte da região Centro-Norte do DF. A análise do fluxo do paciente e do atendimento levou em conta o contexto em que a unidade se insere e o papel que ela exerce no Sistema de Saúde do Distrito Federal.

4.1.2 Estrutura da Unidade Hospitalar

No início desta pesquisa, foi constatado que a planta do hospital não está atualizada. Então, a análise da estrutura foi feita por meio da observação direta.

As portas de entrada da unidade de urgência e emergência (pronto-socorro) não possuem uma sinalização ou classificação que facilite a locomoção do usuário. Por isso, muitos pacientes pedem informação ao serviço de segurança e aos demais técnicos do local.

São oito especialidades atendidas na unidade: Clínica Médica, Oftalmologia, Ginecologia/Obstetrícia, Queimados, Odontologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Pediatria. Essas especialidades estão distribuídas em três portas. Neste estudo, as portas foram classificadas da seguinte forma:

- a) Porta 1: é a entrada do pronto-socorro. Nesta porta, está o maior fluxo de pacientes, pois muitas atividades são exercidas nesse local: registro do paciente, classificação de risco e atendimento médico das especialidades clínica médica e oftalmologia. Os pacientes da clínica médica em situação de emergência chegam por meio do SAMU, Corpo de Bombeiros ou carro próprio junto com o acompanhante e são encaminhados imediatamente ao Box de Emergência, localizado próximo à porta 1.
- b) Porta 2: porta exclusiva aos pacientes da especialidade pediatria.
- c) Porta 3: porta exclusiva aos pacientes das especialidades ginecologia, queimados, odontologia, cirurgia geral e cirurgia plástica.

Nem todos os pacientes que chegam à unidade estão em situação muito crítica e recebem o atendimento imediato. Portanto, o trabalho proposto separou os pacientes que podem e esperam pelo atendimento médico e os pacientes que recebem atendimento imediato.

O conceito de emergência está relacionado a constatação médica de condições de agravo à saúde, que pode implicar em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, requerendo o tratamento médico imediato. O conceito de urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, que tenha ou não risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (FORTES, 2010).

Considerando a estrutura e o fluxo de pacientes do cenário atual do pronto-socorro, foram usadas duas denominações para o paciente: pacientes de emergência e pacientes de urgência. O paciente registrado na unidade passa por vários locais durante o atendimento, os quais são:

- a) Hall de espera: onde todos os pacientes registrados aguardam a classificação de risco e somente os pacientes da clínica Médica e oftalmologia aguardam a avaliação médica.
- b) Sala de Classificação: duas salas destinadas à classificação de risco, esse processo é realizado pelos enfermeiros classificadores.
- c) Consultórios: estão distribuídos nas três portas, onde é feito o atendimento médico.
- d) Sala de medicação/observação: destinada aos pacientes que necessitam de medicamento ou que estão em observação.
- e) Sala de coleta: destinada à realização de exame de sangue.
- f) Área de radiologia: destinada à realização de exames radiológicos.
- g) Box de Emergência: destinado aos pacientes em situação gravíssima (pacientes de emergência).
- h) Chefia de enfermagem: sala próxima aos consultórios, onde os enfermeiros ficam de prontidão para assistência e realizam as atividades de gestão, elaborando e organizando as escalas dos enfermeiros.

A localização da Chefia de Enfermagem facilita o acesso de muitos pacientes ou acompanhantes, que entram constantemente à sala para sanar as dúvidas do atendimento. Dessa forma, os enfermeiros, muitas vezes, acabam resolvendo problemas que não competem a eles, sobrecarregando o serviço e dificultando a gestão e o desempenho do trabalho.

Na unidade, a rotina de trabalho é muito corrida, principalmente, nas atividades de enfermagem. Todavia, a unidade carece de estudos que analisem a rotina dos profissionais e os processos, identificando as falhas e gargalos na gestão dos serviços de urgência e emergência.

Não há mudanças previstas na rotina de trabalho e na estrutura física. Sob essas condições, os objetivos específicos do trabalho são o desenho dos processos e a

construção de indicadores, que formalizem o cenário atual da unidade e propicie as discussões de melhorias entre os profissionais.

4.1.3 Recursos da unidade de urgência e emergência

Embora o fluxo analisado seja de 24 horas, os pacientes que entram pela porta do pronto-socorro podem se submeter à internação. Para esses pacientes, a internação se inicia em leitos temporários da unidade de urgência e emergência, onde se espera pelas vagas dos leitos de internação eletiva. Este tópico mostra o quantitativo de leitos disponíveis para os pacientes que passaram da observação para internação, pois a quantidade insuficiente de leitos propicia o cenário de superlotação e limita a capacidade de atendimento da unidade.

No pronto-socorro, a falta de vagas em leitos de internação eletiva faz com que os usuários fiquem até 2 meses em leitos temporários. A Tabela 7 mostra a quantidade de leitos existentes na unidade de urgência e emergência.

Tabela 7 – Quantidade de leitos temporários na unidade de urgência e emergência

Setor	Quantidade
Ala 1	22
Ala 2	19
Ala 3	13
Ala 4	4
Sala de medicação/observação	15
Box de Emergência	6
Centro Cirúrgico	6
Total	85

Fonte: Esta pesquisa.

Na Tabela 7, foram identificados 85 leitos na unidade do pronto-socorro, que compõem: 4 alas de internação, sala de medicação/observação, área cirúrgica dos pacientes com 3 leitos em cada enfermaria e o box de emergência.

Na ala 4, os 4 leitos são credenciados. Caso necessário, o espaço da ala 4 pode comportar mais 30 leitos. Como a demanda de pacientes é significativa, a unidade sempre acaba usando o espaço máximo disponível. Os leitos não são separados por especialidade, podendo os pacientes serem alocados e acompanhados por médicos especialistas em qualquer uma das alas, ou seja, a distribuição dos leitos é dada de acordo com a demanda dos pacientes. No Centro Cirúrgico, chegam os pacientes da emergência que precisam de uma determinada cirurgia. Embora essa área possua 6 leitos, o espaço pode comportar até 10 leitos.

A unidade hospitalar conta com 374 leitos, onde 85 são destinados a unidade de urgência e emergência. Em relação aos leitos de pacientes eletivos, há 289 leitos, dos quais 11 são de emergência pediátrica e 10 de UTI. Os 268 leitos restantes são distribuídos em: andar de internação da cirurgia geral, dois andares de internação da clínica médica, maternidade, UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e queimados. A Tabela 8 indica a quantidade de técnicos de enfermagem por dia, que ficam no pronto-socorro.

Tabela 8 – Quantidade de técnicos de enfermagem na unidade de urgência e emergência

Setor	Quantidade
Acolhimento	1
Posto externo (observação)	1
Ala 1	2
Ala 2	2
Ala 3	1
Ala 4	2
Cirurgia Geral	2
Box de Emergência	3
Total	14

Fonte: Esta pesquisa

Na Tabela 8, os técnicos foram distribuídos em: acolhimento, posto externo, ala 1, ala 2, ala 3, ala 4, cirurgia geral e box de emergência.

O posto externo é destinado aos pacientes que estão em observação, pacientes que realizaram o primeiro atendimento e foi solicitado pelo médico algum exame ou medicação. Identificou-se também que há apenas um acolhedor para todas as

especialidades, que fica localizado na entrada da unidade. A Tabela 9 mostra a quantidade de enfermeiros por dia, alocados no pronto-socorro.

Tabela 9 – Quantidade de enfermeiros na unidade de urgência e emergência

Setor	Quantidade
Classificação de Risco	2
Posto externo (observação)	sem lotação
Ala 1 e Ala 2	1
Ala 3 e Ala 4	1
Cirurgia Geral	1
Box de Emergência	1
Total	6

Fonte: Esta pesquisa

Na Tabela 9, os enfermeiros foram distribuídos em menor quantidade. Fica apenas um enfermeiro para cada duas alas e não há enfermeiro lotado no posto externo, podendo ser chamado qualquer um dos enfermeiros das alas de internação. No posto externo, os enfermeiros são chamados dependendo da necessidade, pois os pacientes ainda não estão internados.

Em relação à avaliação médica, os médicos da unidade estão divididos em: porta, intermediária e box. Os médicos da porta são pré-definidos e fazem o atendimento inicial no fluxo de 24h.

Os médicos da intermediária atendem pacientes internados (pós 24 horas), monitorando as alas de 1 a 4, acompanhando e prescrevendo uma média de 80 a 100 pacientes por dia. E os médicos do box tratam dos pacientes de emergência que podem proceder da intermediária ou terem chegado à unidade em situação gravíssima.

O ideal é que os médicos da intermediária não sejam alocados para a porta; no entanto, pode, esporadicamente um médico da intermediária fazer atendimento de porta, dependendo do estado clínico do paciente.

Além dos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, a unidade conta com os técnicos administrativos que fazem a GAE – Guia de Atendimento da Emergência, no NUREM – Núcleo de Recepção da Emergência. Por meio do registro do paciente, os usuários são admitidos na unidade e inseridos no sistema TrakCare, onde o fluxo do

usuário é acompanhado por médicos e enfermeiros classificadores. No NUREM, podem ficar até 3 (três) técnicos administrativos por turno.

Tendo em vista a estrutura e os recursos disponíveis na unidade, foram mapeados os processos e criados indicadores com a finalidade de atingir os objetivos específicos deste estudo.

4.1.4 Mapeamento dos Processos da unidade urgência e emergência de um hospital de grande porte do DF

O mapeamento dos processos de trabalho consiste em fazer o levantamento e o registro dos processos, a descrição do fluxo e outras informações relevantes para que se obtenha um amplo entendimento do cenário por todos os envolvidos (BLUMM et al, 2014).

Para o desenho dos processos, foi feita a observação do cenário em diferentes turnos na unidade de urgência e emergência. Vários elementos foram observados: a chegada do paciente, o atendimento dos técnicos administrativos, os enfermeiros e auxiliares, os médicos e todos os outros servidores inseridos no cenário.

O desenho inicial foi apresentado ao assessor de planejamento, que discutiu e validou as etapas. Frequentemente, foram identificadas dúvidas da parte da gerência de planejamento, principalmente, por não vivenciar na prática a rotina de urgência e emergência e o fluxo do paciente no hospital. Desse modo, foi necessário fazer reuniões com outras gerências, que tem maior contato com paciente (enfermagem e emergência), a fim de esclarecer as dúvidas pendentes durante o desenho dos processos.

Inicialmente, o desenho dos processos foi feito de forma manual. Depois de validadas todas as etapas, foi representado no programa *Bizagi Modeler* de versão 2.9.0.4.

Ao longo das reuniões, foram registrados todos os aspectos relevantes e as falhas identificadas nos processos. As informações foram compiladas com base nas entrevistas realizadas com as gerências, no período de setembro de 2016 a janeiro de 2017. Para o mapeamento, foram realizadas 11 reuniões. As informações foram

separadas em três visões: visão da gerência de enfermagem, visão da gerência de planejamento, visão da gerência de emergência.

1) Análise observacional:

Foi feita uma observação de cenário com a descrição dos fatores na ordem de ocorrência. Esses fatores podem ser vistos e interpretados por qualquer indivíduo que chega ao pronto-socorro:

- a) chegada do paciente à unidade;
- b) espera do paciente na fila;
- c) paciente chamado por um técnico administrativo para fazer o registro na urgência e emergência;
- d) espera do paciente para a classificação de risco;
- e) paciente chamado por um enfermeiro ou acolhedor para a classificação;
- f) espera do paciente classificado para atendimento médico;
- g) paciente chamado por um médico ou enfermeiro para a avaliação médica;
- h) chegada da SAMU;
- i) paciente na maca levado ao Box de Emergência.

2) Desenho dos Processos

Abertura da GAE:

O primeiro processo que o paciente participa, direta ou indiretamente, na unidade de urgência e emergência é a abertura da GAE. Todos os pacientes que chegam ao pronto-socorro a procura de atendimento, sejam de emergência ou urgência, precisam estar devidamente registrados no NUREM, espaço utilizado exclusivamente para o registro do paciente na unidade. O registro é feito com a apresentação dos documentos de identificação do usuário.

Em geral, é o usuário que faz seu registro. Porém, a abertura da GAE pode ser realizada por terceiros, quando os pacientes estão em estado crítico (muitas vezes, chegam por meio do SAMU, Corpo de Bombeiros ou em carros próprios) e precisam ser levados imediatamente ao box de emergência ou às áreas de emergência de outras especialidades. No desenho desse processo, foram representadas todas as

especialidades, mas na especialidade oftalmologia, a atividade “referenciar” está associada ao fato dos casos críticos serem, normalmente, referenciados para o atendimento em outro hospital. No hospital do estudo de caso, não se vê atendimento de emergência para a especialidade de oftalmologia.

Ressalta-se que os pacientes que chegam por meio do SAMU, corpo de bombeiros ou em carro próprio não necessariamente serão pacientes de emergência. Logo, no mapeamento, foi preciso separar os dois pacientes, que podem ter destinos diferentes dependendo do seu quadro clínico.

Em relação ao paciente de urgência, o usuário espera a abertura da GAE em fila única, pois não precisam do atendimento imediato. Devido essa dinâmica, os pacientes que passam pela classificação de risco são de urgência, ao passo que os pacientes de emergência raramente conseguem ser classificados.

Na entrada do pronto-socorro, há ainda outros serviços: recepção e acolhimento, que não foram mapeados no primeiro processo, pois não influenciam no registro do usuário.

No caso do acolhimento, o técnico de enfermagem analisa os pacientes que aguardam atendimento ou classificação no hall de espera, auxilia os indivíduos que demonstram alguma mudança de sintoma, podendo orientar também o encaminhamento dos usuários a outros centros de saúde. Em alguns dias de observação, foi possível identificar jovens, vestidos com um colete laranja, que orientavam os usuários na unidade e complementavam o serviço do acolhimento. Apesar do acolhedor ficar na entrada do PS, o serviço foi destacado no segundo processo, juntamente com a classificação de risco.

Quanto a recepção, o serviço é utilizado para orientar e sanar as dúvidas dos pacientes sobre o atendimento. No entanto, devido a estrutura física, não foi possível identificar outro serviço de recepção além do NUREM, que é o primeiro acesso do paciente quando chega à unidade.

Depois que o usuário faz a GAE, ele é inserido no sistema TrakCare e o fluxo é acompanhado pelos profissionais de saúde e da administração. No Apêndice B, está o fluxograma da abertura da GAE.

Análise Crítica do Processo:

Com o desenho do fluxograma e com base na estrutura do local, observou-se que há um serviço de recepção separado do NUREM e que se encontra em desuso. O serviço não tem sido muito utilizado pelos usuários, visto que os técnicos administrativos do NUREM e os seguranças do local acabam orientando os pacientes. Devido à localização, a recepção se torna o último acesso do usuário no ambiente de entrada.

No pronto-socorro, a avaliação clínica do paciente, que antecede a consulta médica, é feita pelos enfermeiros, enquanto que os guardas e técnicos administrativos do NUREM exercem, respectivamente, as atividades de segurança/orientação e registro.

No hospital, é comum a desistência dos pacientes, após a abertura da GAE. Muitos usuários fazem o registro, mas não esperam pela classificação de risco. No sistema, os pacientes que fazem a abertura da GAE e ficam em espera para a classificação são registrados sem especialidade e com o local de passagem Hospital X pronto-socorro.

No que tange ao processo de admissão, pode-se considerar um fluxo de paciente confuso, uma vez que os pacientes de alta e média complexidade disputam atendimento com pacientes de baixa complexidade. Nessa perspectiva, há a priorização do atendimento para que usuários de média e alta complexidade tenham menor tempo de espera (MAGALHÃES, 2006).

Sistema de Classificação de Risco

No hospital, o acolhimento e a classificação de risco são realizados conjuntamente. De acordo com Souza et al., (2011), a classificação de risco é o processo de identificar o paciente que precisa de atendimento imediato com base no potencial de risco, grau de sofrimento e agravos à saúde, de tal modo que o atendimento seja priorizado por meio da gravidade clínica e não pela ordem de chegada do usuário.

No mapeamento, observou-se que todos os pacientes registrados aguardam a classificação na sala de espera e são chamados pelo guarda ou enfermeiro classificador. Os enfermeiros classificadores utilizam o protocolo Manchester; a escala Manchester é considerada como uma ferramenta de gestão de risco clínico que administra a demora do atendimento e dá prioridade aos pacientes mais graves (SOUZA et al., 2011).

De acordo com o desenho, entende-se que o hall de espera é onde todos os pacientes registrados esperam pela classificação, mas também o local onde somente os usuários de clínica médica e oftalmologia esperam pelo atendimento do médico especialista. Os demais pacientes classificados são direcionados a outros ambientes de espera, onde aguardam pela avaliação médica de outras especialidades.

Os pacientes que esperam pela classificação e não comparecem a primeira chamada do enfermeiro são registrados em segunda chamada. Os usuários, que não respondem a segunda chamada de classificação, são considerados desistentes do processo.

Após a classificação, o enfermeiro classificador informa o destino dos pacientes de acordo com as oito especialidades. Os pacientes classificados em branco, verde e azul podem ser orientados a outros centros de saúde; essa decisão é tomada pelos enfermeiros durante a classificação de risco, que tem acesso as vagas nos centros de referência.

Segundo a Política Nacional de Humanização (2009), o acolhedor também pode exercer a função de orientar o usuário e o seu acompanhante para que a assistência tenha continuidade em outros serviços, auxiliando o redirecionamento do usuário. Na unidade de urgência e emergência, a orientação do paciente para outro centro de saúde é feita pelo enfermeiro classificador, mas pode receber auxílio do acolhedor disponível.

O acolhimento nas urgências é bem discutido em prol dos diversos desafios existentes no atendimento como: superlotação, fragmentação do processo de trabalho, exclusão dos usuários na porta de entrada, pouca articulação com a rede de serviços, dentre outros fatores. O acolhimento não está restrito aos problemas de recepção da demanda (PNH, 2009).

O hospital analisado apresenta um caráter acolhedor. No mapeamento, o acolhimento é localizado na entrada do pronto-socorro, buscando estabelecer uma comunicação entre os usuários e enfermeiros de classificação. O acolhedor fica de prontidão para escuta, orientação e respostas adequadas aos pacientes.

Considerando que o paciente pode ter alguma piora enquanto aguarda atendimento médico ou classificação, é de responsabilidade do acolhedor identificar o usuário que apresenta alguma piora no estado de saúde, alertando o enfermeiro sobre uma

possível reclassificação. Enquanto o usuário aguarda atendimento médico, é possível modificar seu estado clínico de urgência para emergência; nesse caso, o paciente deve ser levado imediatamente ao box de emergência (área de emergência da especialidade clínica médica).

Durante o período de observação, foi identificado um acolhedor na unidade. Além desse técnico de enfermagem, colocou-se em prática o projeto “Acolhimento Universitário”, que envolvia a participação de alunos do curso serviço social, nutrição, enfermagem e fisioterapia, preparando-os para receber o paciente, suprir as necessidades do usuário e complementar o serviço do acolhimento.

O desenho do processo de classificação de risco consta no Apêndice C.

Análise Crítica do Processo:

No mapeamento e na análise observacional do atendimento de urgência e emergência, foi identificada a sobrecarga no trabalho dos enfermeiros classificadores. São apenas um a dois enfermeiros, por turno, classificando todos os pacientes registrados e um acolhedor na entrada. A realidade é de grande espera e muitas desistências, ocasionadas pela lentidão no processo de trabalho e a falta de clínicos na unidade.

Identificou-se também que a estrutura física não permite uma separação clara dos pacientes que ainda não foram classificados e os pacientes que aguardam atendimento de clínica médica (de grande demanda), o que de certa forma dificulta o serviço dos acolhedores e enfermeiros, em especial, do acolhedor, que precisa observar a condição de cada paciente que espera no hall.

Apesar do acolhedor ajudar no encaminhamento do paciente, percebeu-se que essa atividade é mais realizada por enfermeiros da classificação. Assim sendo, além de classificar os pacientes, o enfermeiro exerce também a função de entrar em contato com outro estabelecimento e direcionar o usuário, o que aumenta o tempo de classificação e o tempo de espera para o processo, referente aos pacientes que ainda não foram classificados.

Observou-se também que não há priorização de atendimento para a classificação, a priorização fica perceptível só depois que o paciente é classificado. Entretanto, por ser uma unidade de urgência e emergência, a priorização do atendimento precisa ser feita desde a abertura da GAE. Notou-se que, ao passar pela classificação, grande

parte dos pacientes apresentou estado clínico urgente ou muito urgente, exigindo mais acolhedores com competências necessárias para a identificação desses pacientes e a priorização do atendimento não só para a avaliação médica, mas também para a classificação de risco.

Atendimento Médico

O paciente classificado aguarda atendimento em diferentes portas, dependendo da sua especialidade. Os pacientes classificados para clínica médica aguardam atendimento no hall de espera.

O atendimento é compreendido em duas etapas:

- a) primeiro atendimento: o paciente vai à sala do médico para a primeira consulta.
- b) segundo atendimento: retorno do paciente à sala do médico para a verificação de exames ou medicação, que podem ser solicitados de imediato na primeira consulta. Quando o paciente realiza exames (radiológicos ou laboratoriais), ele precisa aguardar novamente pela segunda consulta.

Quando o usuário não comparece a chamada do médico, ele fica registrado em segunda chamada até que ele compareça ou seja confirmada a desistência.

Quando ocorre a necessidade de medicação, o paciente é encaminhado à sala de observação/medicação e ficam submetidos à observação.

Depois da primeira consulta ou da verificação de exames (quando solicitado pelo especialista), o paciente pode ser liberado com a alta médica ou ficar internado. A internação é iniciada após as 24h de permanência do usuário, sendo de responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar. Para pacientes que se mantem na unidade, a internação se inicia nos leitos temporários disponíveis no pronto-socorro, onde o usuário aguarda a liberação dos leitos de internação eletiva.

O escopo do trabalho compreende o fluxo analisado de 24 horas, tendo em vista que este é o tempo máximo de permanência na unidade de urgência e emergência, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 20177, de 24/07/2014.

O desenho do processo de atendimento médico consta no Apêndice D.

Análise Crítica do Processo:

Um dos fatores relevantes em relação ao atendimento é que, para os profissionais de saúde, é um grande desafio melhorar a qualidade do atendimento prestado na interface entre os setores primário e secundário. A ineficaz interface gera elevados custos nos serviços de saúde, sendo cada vez mais necessário entender como os profissionais dos dois setores podem trabalhar em conjunto (SZECSENYI, 1996).

Segundo Stein (1998), os médicos e os gestores de saúde devem auxiliar os pacientes no sentido de ensiná-los como usar o sistema de saúde, em especial, o serviço de emergência. Não se pode ignorar a disponibilidade dos postos de saúde em horários que responda às demandas da população e proporcionem o atendimento para uma demanda organizada das condições crônicas. Do mesmo modo, os serviços de emergência devem estar aptos para atender os casos mais graves para que se atinja um sistema de saúde mais organizado. Entende-se que a comunicação efetiva entre os serviços tem um peso crucial na qualidade do atendimento.

Na unidade, a desorganização da grande demanda prejudica o trabalho dos médicos, em relação ao registro do paciente no sistema, que é constantemente acompanhado por todos os profissionais envolvidos nos processos. É a falta de padronização das condutas e registros que impede uma análise mais adequada dos pacientes que chegam ao pronto-socorro.

No atendimento, vários fatores foram presenciados: falta significativa dos clínicos, sobrecarga dos profissionais de saúde, comunicação deficitária com os postos de saúde, escassez de recursos, sistemas menos equiparados para a comunicação entre os setores e a falta de análise de resultados relativa ao processo de trabalho e o fluxo dos pacientes. Para analisar o atendimento, foi fundamental identificar a visão dos profissionais sobre a rotina de trabalho.

3) Visão da gerência de enfermagem:

O processo de trabalho na unidade de pronto-socorro tem sido muito discutido na gerência de enfermagem. A supervisora relatou a necessidade de um procedimento operacional padrão (POP), que descrevesse os processos, o fluxo de trabalho e a rotina dos funcionários.

O papel da gerência de enfermagem é de supervisionar toda a atividade, direcionando, organizando e redesenhando o fluxo, desde a entrada do paciente até

a sua saída. Evidentemente que o processo é conhecido pelos servidores da casa, todos sabem como ocorrem na prática, mas não há um desenho concreto do que acontece diariamente.

Devido à carência de discussões sobre os processos por parte dos profissionais de saúde, percebeu-se a dificuldade na identificação dos pontos críticos do fluxo do paciente e do processo de atendimento, pois as decisões são tomadas com base no conhecimento informal das atividades realizadas na urgência e emergência.

Um dos problemas relatados por uma enfermeira foi a dificuldade de realizar um trabalho de gestão em um contexto tão adverso, pois a demanda de pacientes é alta, o trabalho é corrido e o máximo que se consegue fazer é “apagar incêndios”.

Uma das iniciativas dos enfermeiros do hospital foi desenhar o fluxo do acompanhante e visitante. Durante muito tempo, o hospital teve dificuldade de delimitar a quantidade de acompanhantes, tendo em vista o grande número de pacientes internados. Se estavam internados 90 pacientes, conseqüentemente, se administrava o fluxo de 90 acompanhantes em um pequeno espaço.

Esse cenário de superlotação dificultava ainda mais o acesso aos leitos. A unidade se via na obrigação de colocar em pauta as discussões sobre a visitação ampliada nos hospitais, para reduzir a quantidade de acompanhantes e visitantes no local.

O fluxo de exames foi outro processo que a gerência se preocupou em desenhar, visando reduzir os prejuízos com a perda dos exames.

No que tange à escala de enfermeiros, a unidade trabalha com uma escala mensal composta por servidores de 40 horas e 20 horas contratuais. A escala montada e entregue aos enfermeiros não é fiel ao que ocorre na prática, a escala é pré-definida e não contempla os abonos, faltas e licenças; essas informações são apenas registradas no sistema informatizado do hospital, o que impede um planejamento mais adequado para suprir as faltas improvisadas.

De acordo com Migowski et al (2014), nas organizações de saúde, não se percebe uma atenção maior em evitar os erros, mas de tentar resolvê-los depois que aparecem; muitas vezes, não se busca dotar o corpo de enfermagem com uma visão gerencial e sistêmica, atuante na revisão dos processos e na identificação dos gargalos.

4) Visão da gerência de planejamento:

O assessor de planejamento da SCRCN (Superintendência da Região Centro-Norte) relatou um grande impasse em relação aos aspectos culturais da organização. Há considerável resistência dos profissionais quanto às mudanças discutidas na unidade.

Os profissionais que estão se aposentando acreditam que os processos de trabalho podem ser mantidos da mesma forma. Na maioria das vezes, há o estudo, a ideia ou o projeto, mas falta o interesse em conhecer as medidas tomadas para resolver os problemas na urgência e emergência.

É mais que importante realizar treinamentos com o envolvimento e a participação de todos os profissionais, além da presença de uma liderança que, por meio da análise de resultados, convença os indivíduos da necessidade de mudar e, conseqüentemente, garanta o bom funcionamento e reconhecimento do hospital frente à rede assistencial do DF.

Segundo o assessor, o hospital está em processo de reestruturação. Nessa visão gerencial, foi perceptível a necessidade do mapeamento dos processos para a identificação dos gargalos e eliminação das anomalias, visto que nem todos os processos do pronto-socorro foram mapeados pelos profissionais.

Com base na reunião, o assessor citou alguns dos problemas que demandam atenção na unidade: demora no atendimento; poucas farmácias satélites, que afetam a distribuição dos medicamentos; falta de uma política de conscientização em relação às UPAS e regionalização do sistema de saúde; número insuficiente de contratações e recursos.

Em relação aos recursos disponíveis, a quantidade de leitos de internação é insuficiente para atender a demanda. Muitas vezes, ocorre o cancelamento de cirurgias de menor urgência, deixando as equipes de cirurgias eletivas sem função a desempenhar. Há um esforço enorme para que os pacientes recebam alta ou sejam transferidos, mas as tentativas não são suficientes.

A falta de clínicos é constante. Além do mais, não se pode ignorar a desorganização da atenção primária preventiva, pois muitos pacientes não precisam do atendimento imediato, sendo também procedentes de regiões que não estão inseridas no perfil de atendimento do hospital; o perfil de atendimento da unidade hospitalar contempla os

usuários da Asa Norte, Cruzeiro, Varjão e Lago Norte. Atualmente, não se consegue determinar o público atendido na unidade de urgência e emergência.

Sob condições físicas inadequadas, o hospital não consegue atingir um bom nível de serviço, pois tenta atender a todos os pacientes que, na maioria das vezes, não encontram ou não procuram atendimento nas unidades básicas de saúde. Por conseguinte, a contratação dos funcionários deve ser feita para suprir a demanda condizente com o perfil especialista do hospital e não para suprir a demanda de pacientes que não passam pelas unidades básicas mais próximas.

Diante do exposto, a unidade está em processo de mudança. A gerência tem discutido a inserção do programa de Estratégia Saúde da Família com o objetivo de desafogar a unidade do pronto-socorro e oferecer um atendimento de qualidade aos usuários. Durante as reuniões, o assessor relatou que há apenas uma equipe de saúde da família na região Centro-Norte do DF.

5) Visão da gerência de emergência

A gerente de emergência enfatizou a relevância da política de conscientização para evitar a superlotação dos hospitais regionais. A mudança de comportamento do paciente é importante para melhorar a qualidade do atendimento.

A assessoria de enfermagem destacou que a regionalização não impede o acesso dos pacientes, o hospital tenta fazer a regulação do acesso com o encaminhamento dos usuários a outros centros de saúde. Contudo, os centros de saúde não funcionam no período da noite e nos fins de semana, deixando os profissionais sem contra referência para orientar os usuários, que preferem esperar pelo atendimento na própria unidade.

A unidade não consegue atender toda demanda, porém, com mais profissionais, essas eventualidades podem ser amenizadas. Além do hospital não ter capacidade de atender a demanda, há fatores estruturais, políticos e culturais envolvidos, pois politicamente, não há recursos nas regionais e culturalmente, a unidade hospitalar analisada é considerada referência na região.

Sistema TrakCare

O sistema TrakCare é o sistema de controle atual, usado por enfermeiros, médicos e servidores da administração para fazer o acompanhamento do fluxo do paciente.

Na visão do assessor de planejamento, a forma como os dados são dispostos e como as informações são obtidas no TrakCare limitam o desenvolvimento de indicadores importantes para a análise de resultados da urgência e emergência.

O sistema não consegue detectar o tempo de consulta e nem o início do atendimento médico, o que inviabiliza parte do controle do paciente. O TrakCare mostra a ordem de prioridade dos pacientes para a classificação de risco e a avaliação médica, mas marca apenas o tempo entre o registro do paciente e a classificação e o tempo entre a classificação e a saída do paciente.

4.1.5 Indicadores da unidade de urgência e emergência

Para a construção dos indicadores, os dados analisados foram gerados pelo sistema unificado de informação de saúde: TrakCare, desenvolvido na plataforma *InterSystems HealthShare*. De acordo com o site da *InterSystems*, o sistema possibilita a coordenação do atendimento no hospital, cujos módulos administrativos, departamentais e clínicos compartilham um único repositório de dados e tem interface de usuário comum. Os dados ficam disponíveis para todos os prestadores autorizados e aprimoram o registro do paciente a cada interação.

Os dados obtidos com esse sistema foram: o horário de admissão do paciente no serviço de GAE, horário de classificação de risco, horário de saída do paciente e motivos de saída dos usuários.

As amostras do estudo podem variar, devido a forma como os dados foram organizados e dispostos no sistema. Para a criação dos indicadores, foram analisados os pacientes admitidos no período agosto de 2016 a janeiro de 2017.

Para a solicitação e coleta dos dados, foram realizadas treze reuniões com o Assessor de Planejamento, nas quais foram discutidas a inviabilidade do sistema no fornecimento dos dados de avaliação médica. Tendo em vista essa limitação, não foi possível adquirir o tempo de início do atendimento médico, e a pesquisa ficou restrita à análise de procedência, registro do paciente, tempo de espera para a classificação, classificação de risco, tempo de permanência do paciente e motivos de saída.

Como a análise quantitativa ficou restrita à especialidade clínica médica, a discussão dos indicadores visou, inicialmente, analisar o total de pacientes que chegam ao pronto-socorro, independente da especialidade para, posteriormente, mostrar a representatividade da clínica médica com enfoque na demanda e utilização dos recursos disponíveis nos serviços de urgência e emergência.

Indicadores utilizados no Estudo de Caso

1. Indicadores para análise de Procedência

a) Número de pacientes admitidos no PS por Superintendências da Região de Saúde:

$$\frac{\textit{Total de pacientes admitidos no PS}}{\textit{Superintendências de Região de Saúde}} \quad (4.1)$$

b) Número de pacientes admitidos na Clínica Médica do PS por Região de Saúde:

$$\frac{\textit{Total de pacientes admitidos na CM do PS}}{\textit{Região de Saúde}} \quad (4.2)$$

2. Indicadores para análise de Registro do Paciente

a) Número de pacientes admitidos por local de passagem:

$$\frac{\textit{Total de pacientes admitidos no PS}}{\textit{Local de Passagem}} \quad (4.3)$$

b) Número de pacientes admitidos por mês:

$$\frac{\textit{Total de pacientes admitidos no PS}}{\textit{6 meses}} \quad (4.4)$$

Para análise com todos os pacientes da unidade e somente os pacientes de clínica médica, foram usados os indicadores:

c) Número de pacientes admitidos no turno da manhã:

$$\frac{\textit{Total de pacientes admitidos de manhã}}{6 \textit{ horas}} \quad (4.5)$$

d) Número de pacientes admitidos no turno da tarde:

$$\frac{\textit{Total de pacientes admitidos de tarde}}{6 \textit{ horas}} \quad (4.6)$$

e) Número de pacientes admitidos no turno da noite:

$$\frac{\textit{Total de pacientes admitidos de noite}}{12 \textit{ horas}} \quad (4.7)$$

f) Número de admissões por hora:

$$\frac{\textit{Total de admissões no PS}}{24 \textit{ horas}} \quad (4.8)$$

g) Número de saídas por hora:

$$\frac{\textit{Total de saídas no PS}}{24 \textit{ horas}} \quad (4.9)$$

Considerando os técnicos administrativos em atividade, no período de seis meses:

h) Média do número de técnicos por dia:

$$\frac{\textit{Total de técnicos administrativos}}{184 \textit{ dias}} \quad (4.10)$$

i) Média do número de técnicos por dia no turno X:

$$\frac{\textit{Total de técnicos administrativos no turno X}}{184 \textit{ dias}} \quad (4.11)$$

j) Número de técnicos por turno X:

$$\frac{\textit{Total de técnicos administrativos no turno X}}{\textit{Horas no turno X}} \quad (4.12)$$

k) Número de técnicos por mês:

$$\frac{\textit{Total de técnicos administrativos}}{6 \textit{ meses}} \quad (4.13)$$

3. Indicadores para análise de tempo de espera para a classificação de risco:

Para análise com todos os pacientes da unidade e somente os pacientes de clínica médica, foram usados os indicadores:

a) Número de pacientes por intervalo de tempo de espera:

$$\frac{\textit{Total de pacientes admitidos no PS}}{\textit{Intervalo de tempo de espera}} \quad (4.14)$$

b) Média de tempo de espera por local de passagem:

$$\frac{\sum \textit{Tempo de espera no local de passagem}}{\textit{Total de pacientes admitidos no local de passagem}} \quad (4.15)$$

c) Média de tempo de espera por cor de classificação:

$$\frac{\sum \text{Tempo de espera na cor de classificação}}{\text{Total de pacientes na cor de classificação}} \quad (4.16)$$

d) Média de tempo de espera por mês:

$$\frac{\sum \text{Tempo de espera no mês}}{\text{Total de pacientes no mês}} \quad (4.17)$$

e) Média de tempo de espera por turno:

$$\frac{\sum \text{Tempo de espera no turno}}{\text{Total de pacientes no turno}} \quad (4.18)$$

f) Número de pacientes por cor de classificação:

$$\frac{\text{Total de pacientes admitidos no PS}}{\text{Cor de Classificação}} \quad (4.19)$$

g) Número de pacientes classificados por mês:

$$\frac{\text{Total de pacientes classificados no PS}}{6 \text{ meses}} \quad (4.20)$$

h) Número de pacientes classificados por turno X:

$$\frac{\text{Total de pacientes classificados no turno X}}{\text{Horas no turno X}} \quad (4.21)$$

Considerando os médicos de porta e de box da clínica médica, no período de seis meses:

i) Número de médicos por turno:

$$\frac{\textit{Total de médicos no turno X}}{\textit{Horas no turno X}} \quad (4.22)$$

j) Número de médicos por mês:

$$\frac{\textit{Total de médicos em atividade}}{6 \textit{ meses}} \quad (4.23)$$

k) Média do número de médicos por dia:

$$\frac{\textit{Total de médicos em atividade}}{184 \textit{ dias}} \quad (4.24)$$

4. Indicadores de tempo de permanência no PS:

Para análise com todos os pacientes da unidade e somente os pacientes de clínica médica, foram usados os indicadores:

a) Média de tempo de permanência por turno x:

$$\frac{\sum \textit{Tempo total no turno X}}{\textit{Total de pacientes no turno X}} \quad (4.25)$$

b) Média de tempo de permanência por local de passagem:

$$\frac{\sum \textit{Tempo total no local de passagem}}{\textit{Total de pacientes no local de passagem}} \quad (4.26)$$

c) Média de tempo de permanência por cor de classificação:

$$\frac{\sum \text{Tempo total na cor de classificação}}{\text{Total de pacientes na cor de classificação}} \quad (4.27)$$

d) Média do tempo de permanência por mês:

$$\frac{\sum \text{Tempo total no mês}}{\text{Total de pacientes no mês}} \quad (4.28)$$

5. Indicadores para análise de Motivos de Saída

Para o cálculo com todos os pacientes do PS e somente os pacientes de clínica médica:

a) Número de pacientes por motivo de saída:

$$\frac{\text{Total de pacientes admitidos}}{\text{Motivo de Saída}} \quad (4.29)$$

b) Número de pacientes classificados por motivo de saída:

$$\frac{\text{Total de pacientes classificados}}{\text{Motivo de Saída}} \quad (4.30)$$

4.1.6 Análise dos Indicadores

Procedência

De acordo com o Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, a estrutura da Secretaria de Saúde do Distrito Federal é composta por: Administração Central, Superintendências de Regiões de Saúde, Unidades de Referência Assistencial e Unidades de Referência Distrital.

Cada região é representada por uma Superintendência, que trabalha de forma integrada e possui autonomia administrativo-financeira para a tomada de decisão, facilitando a gestão e a transparência dos processos. Compete a cada gestor considerar o planejamento das necessidades locais em conformidade com o perfil epidemiológico e os indicadores sociais. Os acordos de gestão são celebrados entre a Administração Central e as Superintendências, contendo objetivos e metas de cada unidade que compõe o seu território (GDF, 2016).

A Secretaria de Saúde conta com sete Superintendências, que agrupam as regiões de saúde: Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-Norte e Sudoeste. As Superintendências e regiões estão representadas na Tabela 10.

Tabela 10 – Superintendências da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUPERINTENDÊNCIAS – SESDF						
SRSCS	SRSNO	SRSSU	SRSLE	SRSOE	SRSCN	SRSSO
Asa Sul	Planaltina	Gama	Paránoa	Ceilândia	Asa Norte	Taguatinga
Guará	Sobradinho	Santa Maria	São Sebastião	Brazlândia	Lago Norte	Samambaia
Lago Sul	Mestre D'Armas				Cruzeiro	Recanto das Emas
Candangolândia Nucleo Bandeirante Riacho Fundo I Riacho Fundo II ParkWay	Arapoanga					

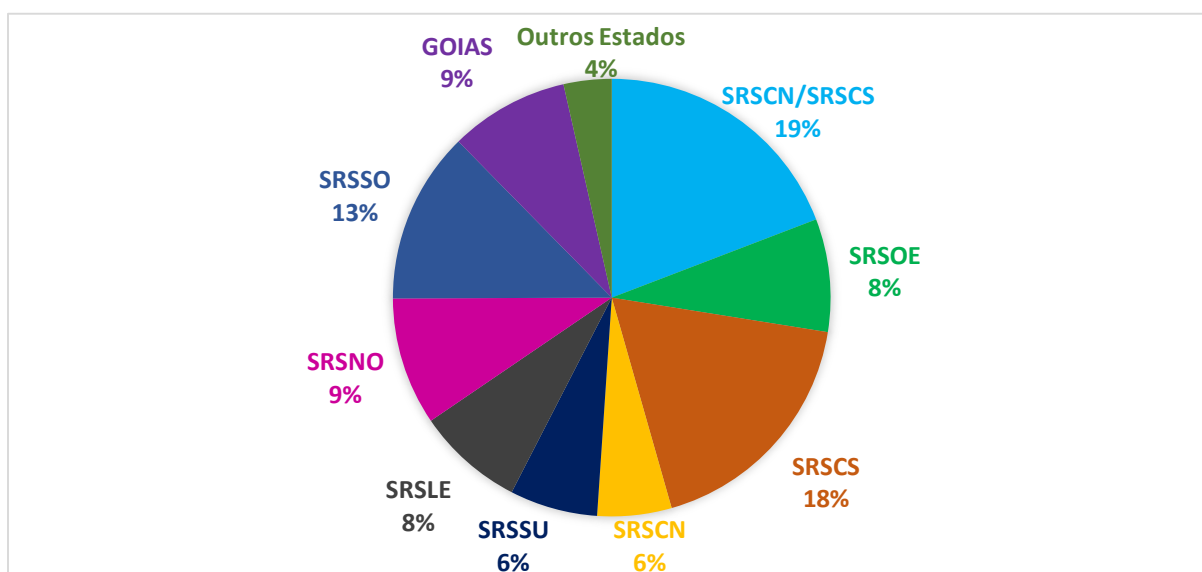
Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados da transparência do site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

As competências das Superintendências estão no Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital da SES/DF, aprovado pelo Decreto nº 38.017, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal, em 22 de fevereiro de 2017. Dentre as competências, destacam-se:

- a) disponibilizar as ofertas dos serviços nos sistemas de regulação e fazer o gerenciamento da demanda da região de saúde;
- b) gerenciar, em todos os níveis de atenção, as políticas e ações de saúde com base na área de atuação e em conformidade com as diretrizes ministeriais e da Secretaria de Saúde, instrumentos de planejamento/orçamento e planos de governo;
- c) coordenar as atividades de gestão administrativa para o funcionamento da rede de serviços de saúde da região.

Tendo em vista que as Superintendências representam as regiões de saúde do DF, o gráfico 2 mostra o perfil da demanda que chega à unidade de urgência e emergência do hospital e faz a distribuição dos pacientes admitidos no pronto-socorro por Superintendências da SES/DF.

Para fazer a distribuição dos pacientes, foi considerada uma amostra de 62626 usuários, registrados na unidade de urgência e emergência, no período agosto de 2016 a janeiro de 2017. Para esta análise foi usado o indicador 4.1.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 2 – Distribuição de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por Superintendências da SES/DF

De acordo com o gráfico 2, no período de análise, 6% dos pacientes pertenciam as regiões Lago Norte, Cruzeiro e Varjão administradas pela Superintendência SRCN (região de saúde Centro-Norte). Dentre os 19% identificados no gráfico, havia pacientes procedentes da Asa Norte, também administrada por esta Superintendência. O relatório gerado pelo sistema TrakCare não separou os pacientes da Asa Sul e da Asa Norte, de modo que Brasília ficou representada por: SRCS e SRCN.

Com base no histórico, publicado no site da SES/DF, o atendimento da unidade hospitalar tem o objetivo de prestar assistência à população da Asa Norte, Lago Norte, Paranoá, Vila Planalto, Varjão e Cruzeiro.

Considerando que 3,87% dos pacientes eram procedentes da região Paranoá, foi identificado que até 29% do total de registros no PS são usuários que contemplam a demanda que deveria ser atendida no hospital, obedecendo aos objetivos de assistência estabelecidos. Sendo assim, 71% foram usuários que, dentro da perspectiva de regionalização, não deveriam fazer parte do perfil de atendimento da unidade. Tendo em vista o contexto de saúde do DF e o caráter acolhedor do hospital, observou-se que a demanda do pronto-socorro agrega pacientes de várias regiões.

Algumas das regiões estão representadas na Tabela 11, considerando uma amostra de 19420 pacientes admitidos na especialidade clínica médica do PS. A Tabela mostra a demanda desses usuários por região, usando o indicador 4.2.

Tabela 11 – Quantidade de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por região

Regiões	Quantidade	Representatividade
Brasília	4121	21,22%
Ceilândia	1698	8,74%
Guará	1455	7,49%
Planaltina	1197	6,16%
Taguatinga	1060	5,46%
Samambaia	795	4,09%
Santa maria	770	3,96%
Paranoá	764	3,93%
Sobradinho	755	3,89%
São Sebastião	677	3,49%
Riacho Fundo	658	3,39%
Recanto das Emas	647	3,33%
Outros Estados	629	3,24%

(continuação)

Regiões	Quantidade	Representatividade
Gama	608	3,13%
Cruzeiro	536	2,76%
Núcleo Bandeirante	375	1,93%
Lago Norte	356	1,83%
Luziânia	356	1,83%
Valparaíso de Goiás	310	1,60%
Candangolândia	270	1,39%
Agua Lindas de Goiás	258	1,33%
Novo Gama	232	1,19%
Cidade Ocidental	215	1,11%
Lago Sul	178	0,92%
Santo Antônio do Descoberto	160	0,82%
Brazlândia	124	0,64%
Formosa	67	0,35%
Goiás	30	0,15%
Goiânia	26	0,13%
Padre Bernardo	14	0,07%
Cristalina	10	0,05%
Cocalzinho de Goiás	9	0,05%
São Joao D'Aliança	7	0,04%
Santo Antônio da Barra	6	0,03%
Anápolis	6	0,03%
Caldas Novas	5	0,03%
Alexânia	5	0,03%
Santo Antônio de Goiás	4	0,02%
Divinópolis de Goiás	4	0,02%
Alto Paraíso de Goiás	3	0,02%
Posse	3	0,02%
Cabeceiras	2	0,01%
Aparecida de Goiânia	2	0,01%
Teresina de Goiás	2	0,01%
São Gabriel de Goiás	1	0,01%
Formoso	1	0,01%
Campo Limpo de Goiás	1	0,01%
Abadiânia	1	0,01%
Simolândia	1	0,01%
São Domingos	1	0,01%
Nova Roma	1	0,01%
Abadia de Goiás	1	0,01%
Jaraguá	1	0,01%
Hidrolândia	1	0,01%
Itumbiara	1	0,01%
Total Geral	19420	100,00%

Fonte: Esta pesquisa.

Analisando a Tabela 11, constatou-se um erro de registro no relatório do sistema TrakCare, pois o quantitativo referente ao Estado Goiás não foi distribuído entre os seus municípios. De acordo com a Tabela, foram identificadas 53 procedências para os pacientes atendidos na clínica médica, sendo: 21,22% de Brasília; 8,74% de Ceilândia; 6,16% de Planaltina e 5,46% de Taguatinga.

Os resultados revelam a importância de discutir e pôr em prática o redirecionamento dos pacientes na unidade. Com enfoque na rede assistencial do DF (políticas, planos de governo, diretrizes ministeriais, instrumento de planejamento e gestão), a demanda definida nos objetivos de assistência do hospital não tem sido condizente com a demanda real. Isso remete a discussão sobre a regionalização dos serviços de saúde, que está relacionada com os problemas, necessidades, riscos da população, utilização eficiente dos recursos e distribuição entre os níveis de atenção. Entende-se que é a estruturação dos serviços que concede maior qualidade as ações regionalizadas de saúde (COSTA et al., 2015).

De acordo com Pasche et al., (2006), a regionalização amplia o acesso equitativo ao SUS. Contudo, as diversidades regionais, desigualdade de capacidades, acúmulo de técnicos entre equipes locais e secretarias estaduais de saúde tem determinado uma regionalização muito heterogênea, que permite avanços em algumas regiões e manutenção de redes fragmentadas em outras.

Conseqüentemente, é necessário um sistema de referência e contrarreferência, que esteja em conformidade com a regionalização, população acrescida e responsabilização das unidades básicas de saúde, em busca de amenizar a superlotação e proporcionar maior qualificação do atendimento nas urgências e emergências (PINHEIRO, 2001).

Registro do Paciente

Para que o paciente possa ser atendido na unidade de urgência e emergência é necessário que seja feita a GAE – Guia de Atendimento da Emergência. Após a realização da GAE, o paciente fica registrado no sistema TrakCare, onde é acompanhado pelos profissionais do pronto-socorro.

No sistema TrakCare, todos os pacientes aparecem com o seu respectivo local de passagem. Embora o enfoque seja a clínica médica, a unidade conta com mais sete especialidades: cirurgia geral, cirurgia plástica, ginecologia/obstetrícia, odontologia, oftalmologia, pediatria e queimados; há também os pacientes encaminhados a outros centros de referência, que apresentam local de passagem Hospital X Ambulatório Centro de Referência.

Com uma amostra de 62288 pacientes, foi montada a Tabela 12 que indica todos os locais de passagem que o paciente pode ficar registrado. Para a elaboração dessa tabela foi usado o indicador 4.3.

Tabela 12 – Quantidade de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por local de passagem

Local de passagem	Quantidade	Representatividade
Hospital X PS Clínica Médica	18138	29,12%
Hospital X PS Ginecologia/Obstetrícia	10324	16,57%
Hospital X PS Cirurgia Geral	10026	16,10%
Hospital X Pronto Socorro	6712	10,78%
Hospital X PS Pediatria	6411	10,29%
Hospital X PS Odontologia	4347	6,98%
Hospital X PS Oftalmologia	3676	5,90%
Hospital X PS Queimados	1378	2,21%
Hospital X PS Cirurgia Plástica	1221	1,96%
Hospital X Ambulatório Centro de Referência	55	0,09%
Total Geral	62288	100%

Fonte: Esta pesquisa.

De acordo com a Tabela 12, o sistema TrakCare forneceu um valor questionável em relação à quantidade de pacientes encaminhados a outros estabelecimentos. Foram identificados poucos encaminhamentos numa amostra de 62288 pacientes, destacando-se a falta de transparência sobre a regulação de acesso e a forma como o redirecionamento dos usuários tem sido praticado entres os profissionais.

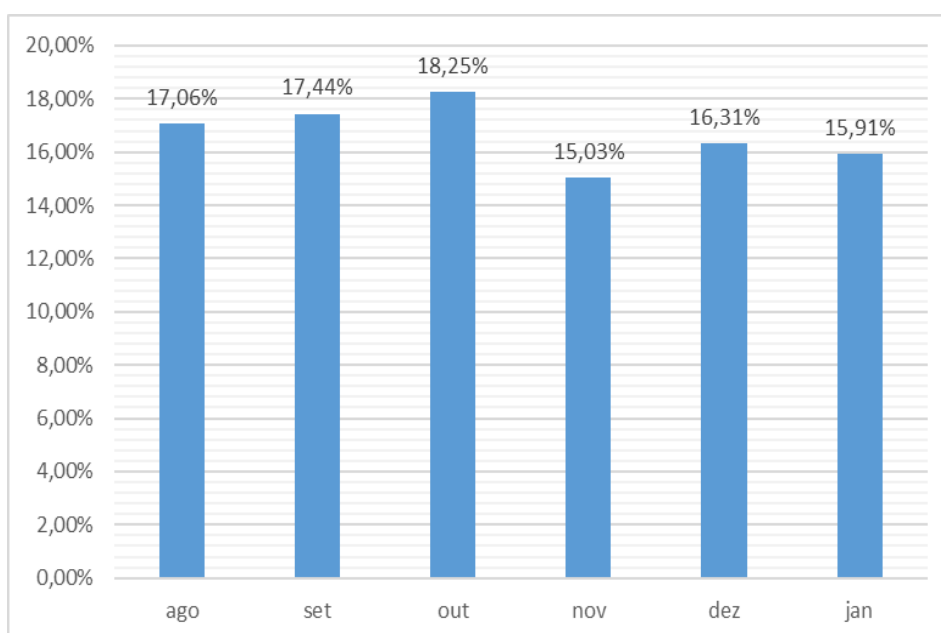
A unidade enfrenta várias dificuldades. A ineficiência do sistema que controla o fluxo no pronto-socorro e nos centros de referência, bem como a falta de recursos e vagas nos estabelecimentos impossibilitam o encaminhamento adequado dos pacientes.

Embora todos os pacientes da Tabela 12 sejam do pronto-socorro, os pacientes que apenas realizaram GAE e permaneceram em espera para a classificação de risco apareceram, no sistema TrakCare, com o local de passagem Hospital X Pronto-Socorro.

Apesar da nomenclatura, os pacientes, que não possuíram esse local de passagem, foram também da unidade de urgência e emergência, mas sendo registrados com alguma especialidade, pois fizeram a classificação de risco. Em contrapartida, os usuários registrados com local de passagem Hospital X Pronto-Socorro não tiveram especialidade, pois, teoricamente, não chegaram a fazer a classificação.

Na Tabela 12, é possível identificar que as especialidades que mais demandaram foram a clínica médica, ginecologia/obstetrícia e cirurgia geral, sendo usuários da clínica médica 29,12% do total de admissões feitas.

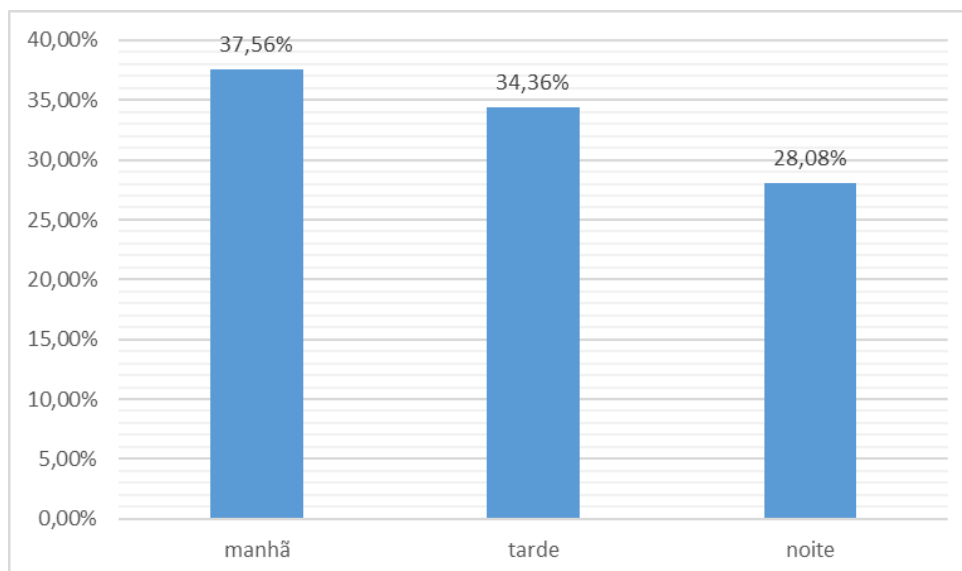
Neste tópico, do gráfico 3 ao gráfico 6, buscou-se demonstrar a movimentação de todos os pacientes registrados na unidade. A representatividade da clínica médica foi mostrada do gráfico 7 ao gráfico 10 e o gráfico 11 e 12 indicaram a distribuição dos técnicos administrativos no serviço de GAE, que visam atender toda demanda da unidade. Com esta análise, procurou-se compreender o fluxo dos usuários na urgência e emergência. Usando o total de pacientes admitidos no sistema (62288 usuários) e o indicador 4.4, o gráfico 3 mostra o fluxo dos usuários em cada mês.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 3 – Quantidade de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por mês

No gráfico 3, o mês de maior fluxo foi outubro com 18,25% usuários registrados e o mês de menor fluxo foi novembro com 15,03% registros. O gráfico 4 mostra a distribuição desses pacientes por turno; os turnos de trabalho são divididos em: manhã (7h às 12h:59), tarde (13h às 18h:59) e noite (19h às 6h:59), sendo usados os indicadores 4.5, 4.6 e 4.7 para o cálculo da quantidade de registros por turno.



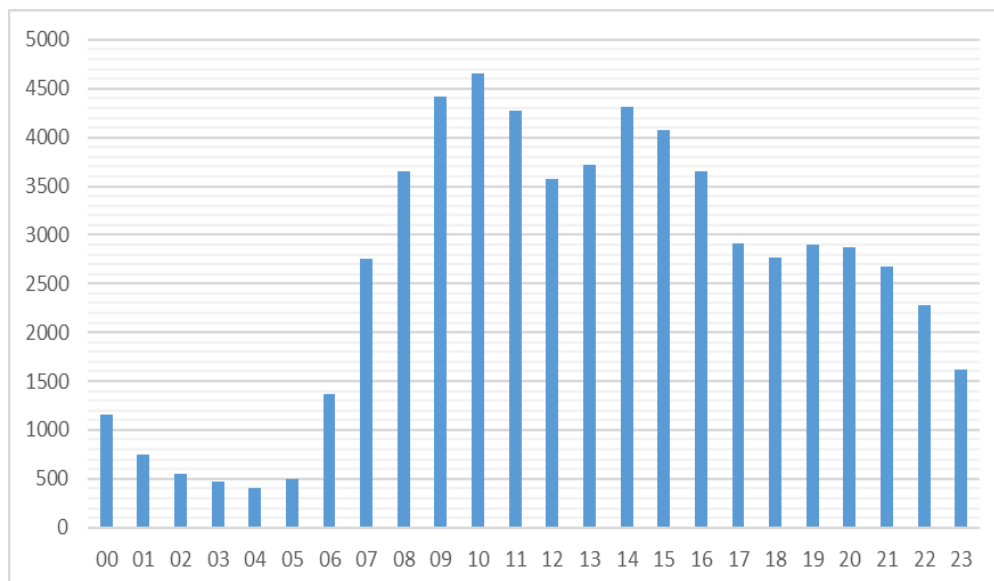
Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 4 – Quantidade de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por turno

No gráfico 4, o número de admissões na unidade foi maior no período da manhã. Dos 37,56% que chegaram no turno da manhã, dos 34,56% registrados no turno da tarde e dos 28,08% admitidos no turno da noite, referiram-se à especialidade clínica médica: 9,90% no turno da manhã, 9,48% no turno da tarde e 9,74% no turno da noite.

Os dados mostram que quase 30% de todas as admissões realizadas foram usuários que buscavam pelo atendimento de clínica médica.

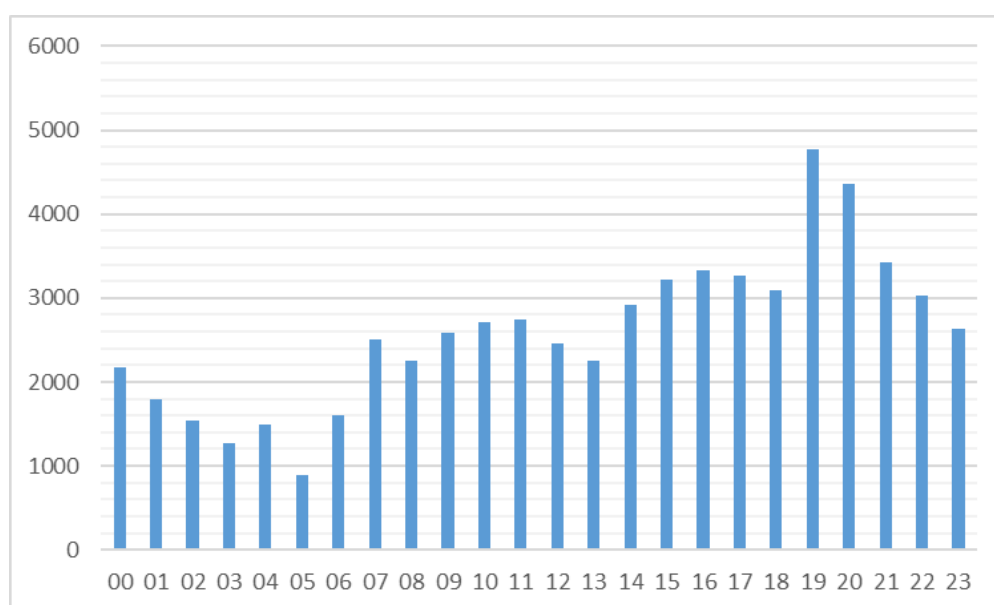
A quantidade de admissões por hora no pronto-socorro está representada no gráfico 5 e foi calculado com o indicador 4.8.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 5 – Fluxo de entrada de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por hora

No gráfico 5, o maior fluxo de pacientes ocorreu às 10h da manhã e às 14h da tarde. No primeiro horário, chegaram 7,47% (1,92% de clínica médica) e no segundo horário, chegaram 6,91% (1,68% de clínica médica). O aumento da quantidade de pacientes começou a partir das 7h da manhã, decaindo significativamente às 23h do dia. O fluxo de saída por hora desses pacientes é representado pelo gráfico 6, calculado por meio da fórmula 4.9.

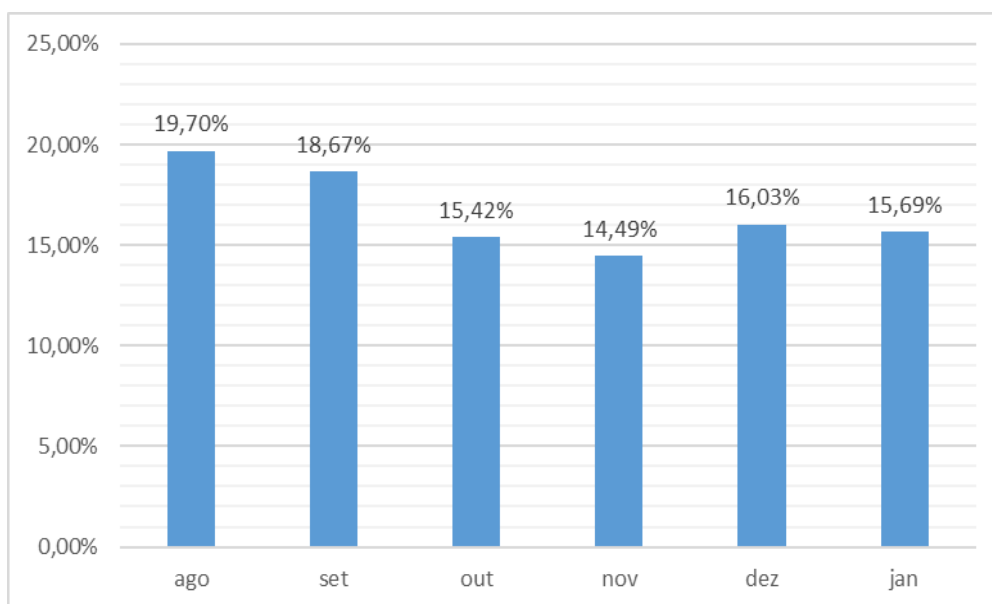


Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 6 – Fluxo de saída de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por hora

No gráfico 6, o número de saídas foi bem maior nos horários 19h e 20h. No primeiro horário, saíram 7,66% usuários (2,19% de clínica médica) e no segundo horário, saíram 7% (2,72% de clínica médica). De acordo com os gráficos 5 e 6, entraram mais pacientes nos turnos manhã e tarde e saíram muitos pacientes nos dois primeiros horários do turno da noite.

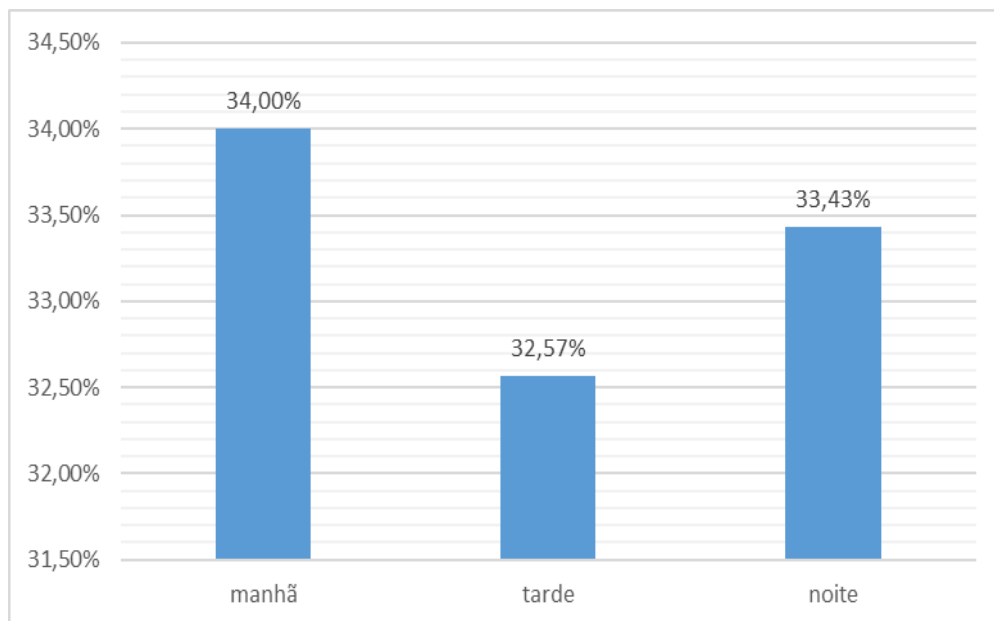
Para entender a movimentação dos usuários de clínica médica, que é a especialidade de maior demanda, o gráfico 7 mostra a distribuição dos usuários por mês, considerando uma amostra de 18138 pacientes e o indicador 4.4.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 7 – Quantidade de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês

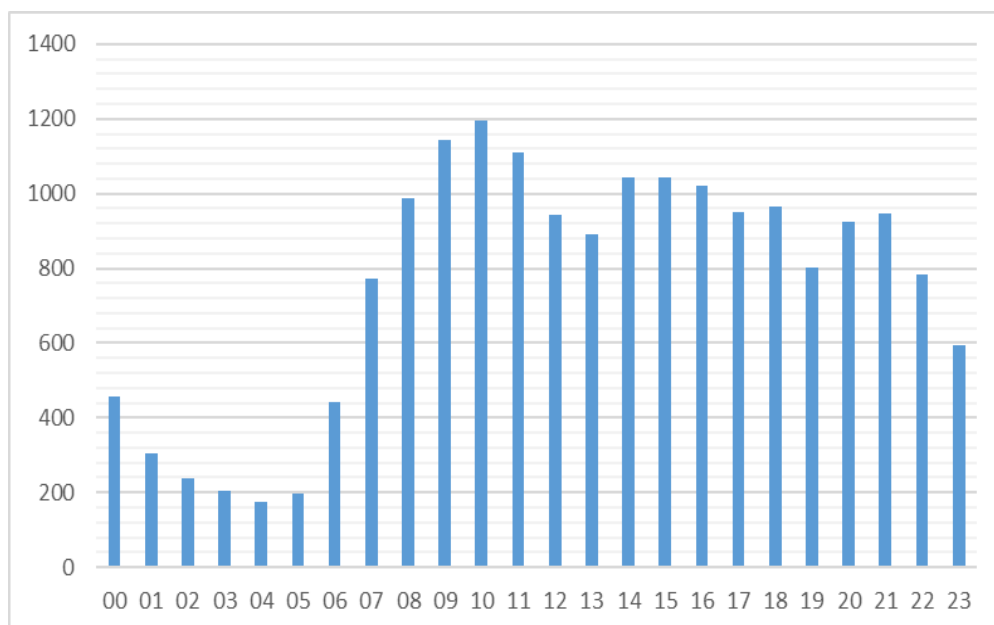
No gráfico 7, o mês de maior demanda de clínica médica foi agosto e o mês de menor demanda foi novembro. Com os indicadores 4.5, 4.6 e 4.7, foi calculada a demanda pela especialidade por turno, representada no gráfico 8.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 8 – Quantidade de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno

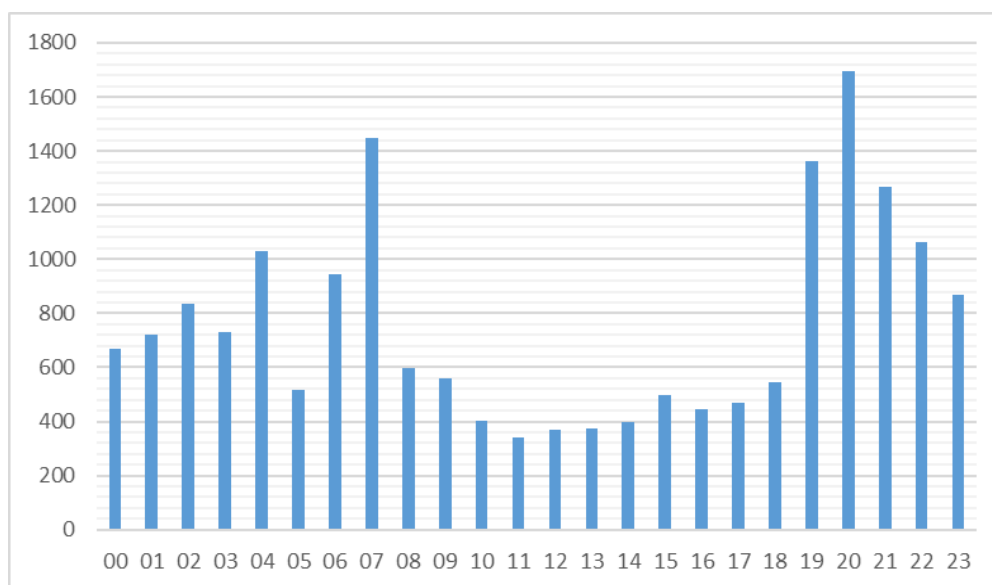
De acordo com o gráfico 8, a quantidade de usuários de clínica médica ficou bem equilibrada entre os turnos, tendo mais registros na parte da manhã e da noite. Com o indicador 4.8, foi calculado o número de admissões por hora, cuja representação está no gráfico 9.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 9 – Fluxo de entrada de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por hora

O gráfico 9 mostra que 6,59% usuários de clínica médica foram registrados no horário das 10h. O fluxo decaiu no horário do almoço e se manteve quase que constante até às 16h. Embora tenham sido realizados muitos registros da especialidade no período da noite, este gráfico mostra que os picos de admissões ocorreram nos turnos manhã e tarde. No turno da noite, a grande quantidade de registros está associada às seis horas a mais no período. Em relação ao fluxo de saída, o gráfico 10 indica o número de saídas por hora dos pacientes de clínica médica, sendo usado o indicador 4.9.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 10 – Fluxo de saída de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por hora

Com base no gráfico 10, percebeu-se que muitos pacientes permaneceram na unidade entre 8h e 18h, pois, neste período, o fluxo de saída foi consideravelmente baixo. Houve um pico no horário das 7h, mas as maiores quantidades ocorreram no turno da noite, saindo 7,52% às 19h e 9,35% às 20h.

Com os indicadores 4.10 e 4.11, constatou-se que, no período de seis meses (184 dias), chegaram em média 338 pacientes por dia para fazer o registro, sendo aproximadamente 127 pacientes por dia no turno da manhã, 116 pacientes por dia no turno da tarde e 95 pacientes por dia no turno da noite. Para o atendimento de clínica médica, chegaram em média 98 pacientes por dia, sendo aproximadamente 32 a 33 pacientes por turno.

No momento de análise, havia 3 locais de trabalho disponíveis para o serviço de GAE no NUREM (cada local comportava um computador para a realização do registro). Portanto, havia recursos disponíveis para que 9 técnicos administrativos trabalhassem por dia com 3 técnicos em cada turno.

Tendo em vista o cenário de superlotação do hospital e a pouca quantidade de instrumentos de trabalho, entende-se que os processos na unidade necessitam da utilização de todos os recursos disponíveis, mas nem sempre é feito o melhor aproveitamento deles.

Para verificar a quantidade de técnicos administrativos que atuavam no período analisado, foram criados os gráficos 11, 12 e 13. Os técnicos podem ter 20h ou 40h contratuais, dependendo do contrato estabelecido com a Secretaria de Saúde.

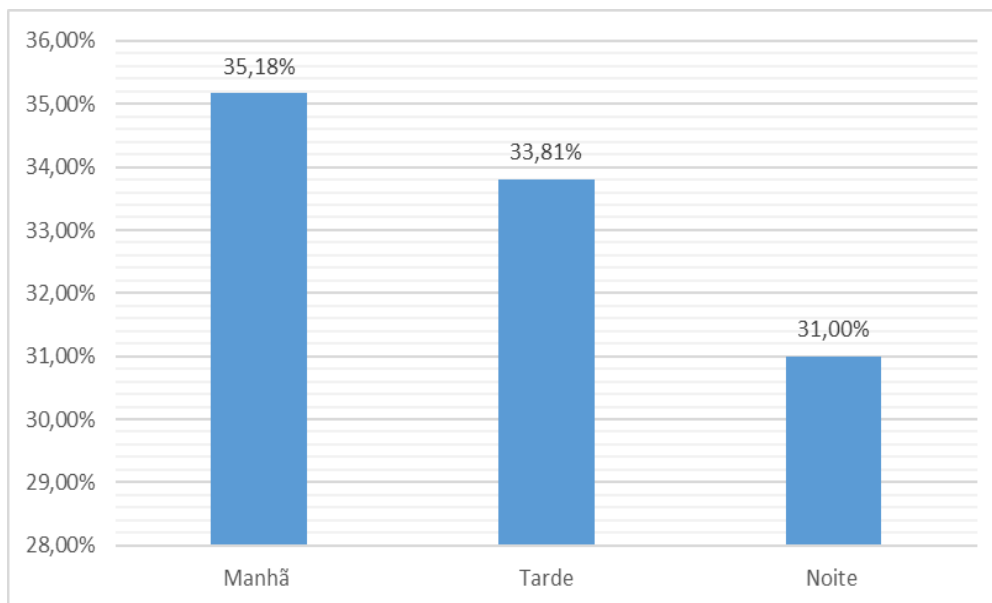
Os servidores da SES/DF podem fazer hora extra em qualquer hospital da rede pública. Dessa forma, além das horas contratuais e extras realizadas pelos técnicos administrativos do serviço de GAE (alocados no pronto-socorro), a escala pode contemplar também servidores de outras unidades do hospital ou de outros hospitais que apenas cumprem horas extras no NUREM.

Ressalta-se que os dados fornecidos foram de escalas pré-definidas, que nem sempre são fiéis ao trabalho ocorrido na prática, pois as abstenções de cada mês não estão presentes nessas escalas.

Segundo a assessoria de planejamento, as escalas são atualizadas constantemente devido as mudanças que ocorrem na rotina de trabalho dos profissionais de saúde e da administração.

Nesse sentido, deve-se considerar que os gráficos 11, 12 e 13 foram feitos com os dados de escalas que estiveram sujeitas a alteração no período de análise.

O gráfico 11 mostra o fluxo de trabalho dos técnicos administrativos do serviço de GAE por turno, que foi analisado pela fórmula 4.12.



Fonte: Esta pesquisa.

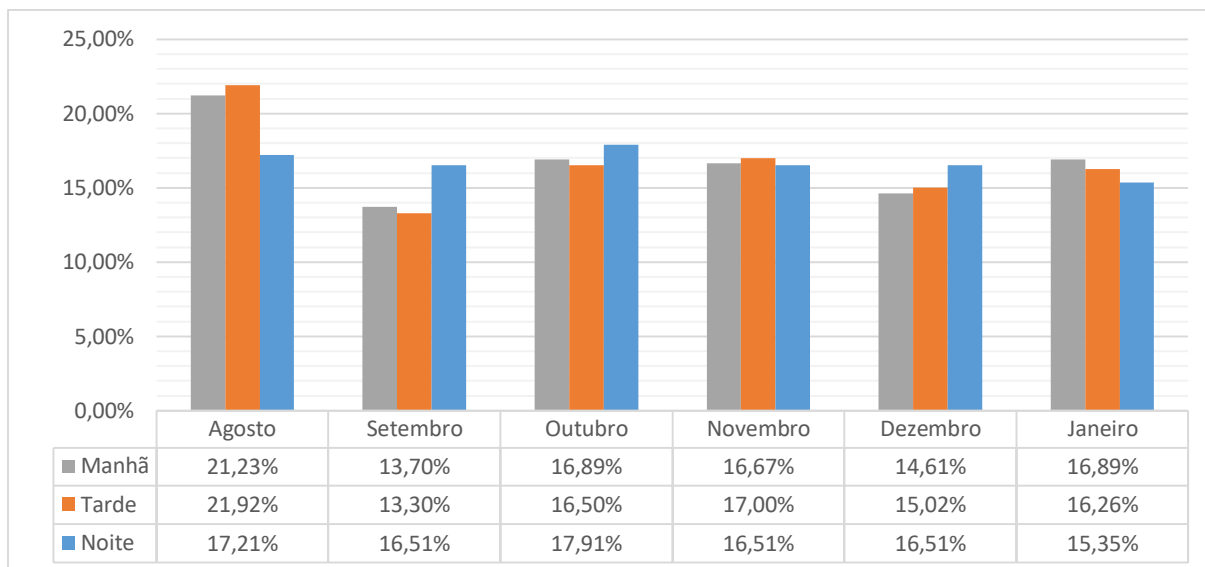
Gráfico 11 – Distribuição de técnicos administrativos do serviço de GAE por turno

Por meio do gráfico 11, observou-se que o fluxo de técnicos administrativos se mostrou coerente em relação à demanda de registros.

Nas escalas, foi possível definir quem são os técnicos administrativos do pronto-socorro, que fizeram hora contratual e extra e os técnicos que apenas realizaram horas extras, provenientes de outras unidades do hospital analisado ou de outros hospitais da rede pública.

Logo, foram construídos dois gráficos com a finalidade de mostrar se o serviço de GAE atendia aos objetivos pré-estabelecidos pelos profissionais da gerência, cujo serviço ideal seria de 3 técnicos trabalhando por turno.

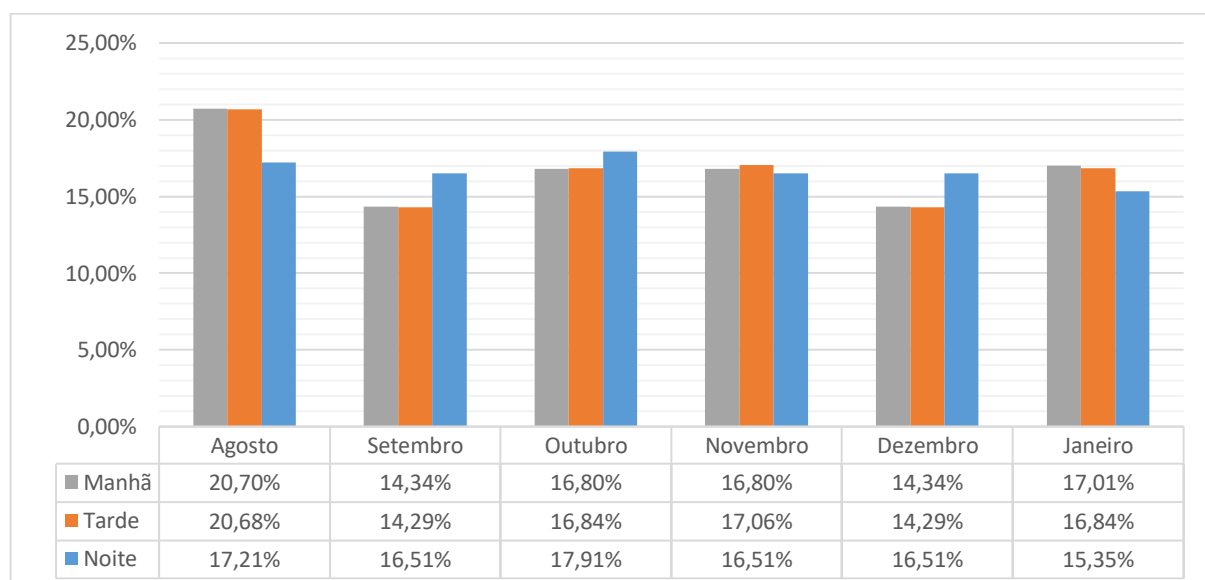
Com base nos indicadores 4.12 e 4.13, o gráfico 12 mostra o fluxo de trabalho dos técnicos administrativos por mês e por turno e considera apenas as horas extras e contratuais dos técnicos administrativos da unidade do pronto-socorro.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 12 – Distribuição de técnicos administrativos do serviço de GAE por turno e mês, considerando as horas contratuais e extras dos servidores do pronto-socorro

De acordo com o gráfico 12, não se conseguiu atingir um serviço de GAE com 9 técnicos administrativos por dia. No período analisado, havia 1274 técnicos em atividade e a média era de 6 técnicos por dia. O gráfico 13 mostra a distribuição, considerando servidores de outras unidades do hospital ou de outros hospitais.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 13 – Distribuição de técnicos administrativos do serviço de GAE por turno e mês, considerando as horas contratuais e extras dos servidores do pronto-socorro e horas extras dos servidores de outras unidades do hospital ou de outros hospitais.

O gráfico 13 indica que os servidores adicionais realizaram horas extras nos turnos manhã e tarde, considerados como os períodos com maior número de admissões por hora no pronto-socorro. Apesar das horas extras para tentar suprir a demanda, que acrescentou 113 técnicos em atividade, constatou-se uma média aproximada de 7 técnicos por dia com 3 técnicos no turno manhã e 2 técnicos nos turnos noite e tarde, sem que fosse atingido o dimensionamento ideal para o serviço de GAE na unidade de urgência e emergência.

Tempo de espera e Classificação de Risco

Alguns estudos fazem avaliação sobre o tempo de classificação de risco e o primeiro atendimento médico em situações específicas, mas não se encontram estudos focados na avaliação do tempo entre a chegada do paciente ao serviço e a sua classificação, bem como o tempo empregado na classificação de risco, feita pelo enfermeiro (ANZILIERO et al., 2016).

Em casos de superlotação, o paciente pode esperar entre 20 e 30 minutos para ser avaliado na classificação de risco. Em períodos mais tranquilos, o tempo de espera é de aproximadamente 15 minutos (GDF, 2017). Há recomendações de que o paciente tenha a classificação de risco iniciada 10 minutos após a chegada ao serviço; nesse período, é feita a identificação, cadastro, abertura do boletim de atendimento ou processo similar (ANZILIERO et al., 2016).

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 20177, de 24/07/2014, destaca em seu parágrafo único do Art. 2º, que o tempo de acesso do paciente à classificação de risco deve ser imediato, sendo necessário dimensionar o número de classificadores para atingir seu objetivo.

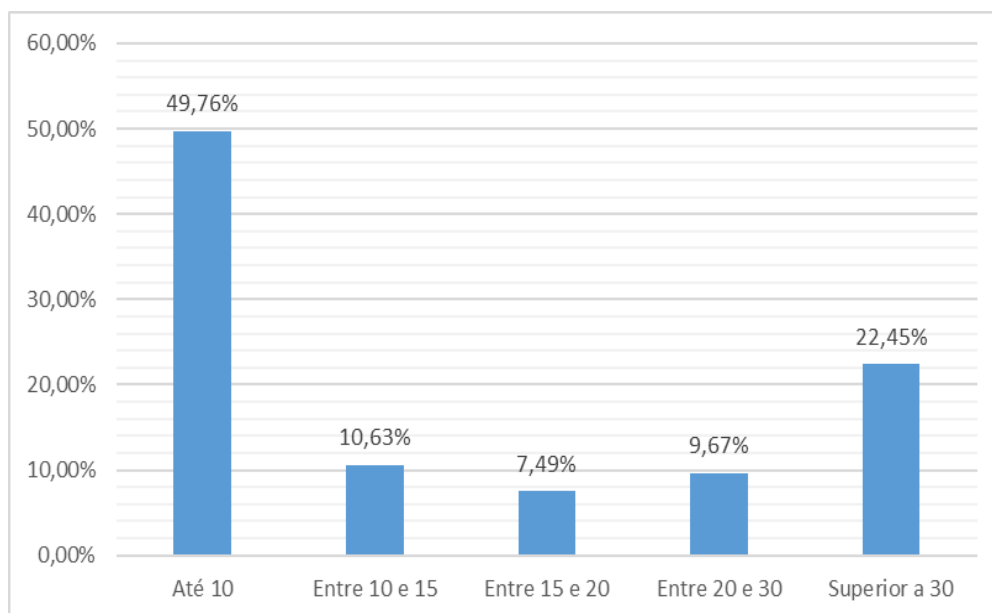
Numa amostra com 62288 usuários, o tempo de espera de classificação ficou limitado entre 23 segundos e 4 horas 59 minutos. Para chegar a essa amostra, tratou-se uma Tabela, contendo, inicialmente, 64026 dados gerados pelo sistema TrakCare, analisados no período de seis meses.

O tratamento da Tabela ocorreu com a eliminação dos dados considerados incorretos e equivocados para análise, tendo em vista os erros do sistema, a estimativa do tempo

considerado ideal de espera para a classificação e a visão da gerência de planejamento e enfermagem sobre o processo. Dessa forma, foram eliminados 1738 dados de tempo de espera, dos quais 1576 se referem ao tempo de espera inferior a 23s e superior ou igual a 5h.

Além disso, foram desconsiderados também 10856 dados, que não apresentaram tempo de espera, hora e cor de classificação; destes, 752 usuários foram da clínica médica. Com base nessas considerações, a amostra ficou com 51432 pacientes.

O gráfico 14 foi elaborado com base nas recomendações do tempo de espera para a classificação. No eixo horizontal, os tempos estão em minutos e no eixo vertical, estão os percentuais dos pacientes por limite de tempo, os resultados encontrados foram obtidos por meio do indicador 4.14.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 14 – Distribuição de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por tempo de espera para a classificação de risco

Com o gráfico 14, observou-se que metade dos pacientes registrados esperou até 10 min para ser classificado, respeitando o tempo considerado ideal. Contudo, 22,45% possuem tempo de espera superior a 30 min. A Tabela 13 mostra a representatividade da clínica médica no total de pacientes que espera pela classificação de risco.

Tabela 13 – Quantidade total de pacientes admitidos e quantidade de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por tempo de espera para a classificação

Tempo de espera para a classificação	Quantidade de pacientes (Total)	% do total geral	Quantidade de pacientes CM	% de Clínica Médica (CM)
Até 10 min	25592	49,76%	8208	15,96%
Entre 10 e 15 min	5465	10,63%	1925	3,74%
Entre 15 e 20 min	3851	7,49%	1310	2,55%
Entre 20 e 30 min	4975	9,67%	1650	3,21%
Superior a 30 min	11549	22,45%	4293	8,35%
Total Geral	51432	100%	17386	33,80%

Fonte: Esta pesquisa.

Na Tabela 13, foram identificados os percentuais de pacientes que esperaram a classificação por intervalo de tempo, no período de seis meses. O recomendável é que para todos os pacientes que chegam, o tempo de espera de classificação seja no máximo 10 minutos, diferentemente do que é identificado na Tabela. A análise do tempo de espera para a classificação por local de passagem é feita pelo indicador 4.15 e representada na Tabela 14.

Tabela 14 – Médias de tempo de espera para a classificação de risco de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por local de passagem

Especialidades	Médias de tempo de espera para a classificação
Hospital X PS Oftalmologia	00:26:42
Hospital X PS Clínica Médica	00:24:43
Hospital X PS Odontologia	00:24:32
Hospital X PS Pediatria	00:22:14
Hospital X Ambulatório Centro de Referencia	00:21:53
Hospital X PS Cirurgia Geral	00:20:52
Hospital X PS Cirurgia Plástica	00:20:43
Hospital X PS Ginecologia/Obstetrícia	00:18:32
Hospital X PS Queimados	00:13:23
Total Geral	00:22:24

Fonte: Esta pesquisa.

Na Tabela 14, destacou-se que, no geral, os pacientes esperaram em média mais de 20 minutos para serem atendidos por enfermeiros classificadores. Dentre as

especialidades, a clínica médica teve a segunda maior média de tempo de espera para classificação com 24 minutos e 43 segundos.

Para a classificação de risco, os enfermeiros utilizam o Sistema Manchester (SM) que identifica, por meio de critérios clínicos, as demandas da unidade que necessitam de prioridade no atendimento médico. Segundo Calegari (2016), o Sistema de Triage Manchester (STM) organiza os critérios de atendimento em cinco níveis, cujas categorias são identificadas por cor, descrição do caso clínico e o tempo de atendimento. As cores são distribuídas em:

- a) Vermelho (emergência): paciente necessita de atendimento imediato e o tempo estimado de atendimento é 0 minutos;
- b) Laranja (muito urgente): paciente necessita de atendimento com urgência e o tempo de atendimento é menor ou igual a 10 minutos;
- c) Amarelo (urgente): paciente possui condições clínicas para aguardar o atendimento e o tempo é menor ou igual a 60 minutos;
- d) Verde (pouco urgente): paciente pode ser direcionado para o serviço ambulatorial e o tempo de atendimento é menor ou igual a 120 minutos;
- e) Azul (não urgente): paciente deve ser direcionado para o serviço ambulatorial e o tempo de atendimento é menor ou igual a 240 minutos;
- f) Branco: não classificado.

Na unidade, emprega-se a cor branca a pacientes que utilizam o serviço de urgência e emergência como porta de entrada para procedimentos eletivos, estes usuários não possuem indicação de tempo de atendimento. Normalmente, são pacientes de retorno cirúrgico.

Embora não tenham dados suficientes para analisar o tempo que dura a classificação, considera-se que a duração do atendimento durante a classificação é aproximadamente de cinco a dez minutos (GDF, 2017).

Em relação ao atendimento médico, a unidade não forneceu os dados do início da avaliação médica, o que impossibilitou analisar o tempo que o paciente classificado esperou pelo atendimento do especialista. Da mesma forma, não foi possível verificar se o tempo de espera após a classificação e a prioridade do atendimento estiveram de acordo com o protocolo Manchester.

Todos os processos da unidade precisam ser feitos da maneira mais rápida possível, principalmente, quando os pacientes apresentam um quadro clínico mais crítico. Por ser uma unidade de urgência e emergência, os usuários precisam ser observados antes e depois da classificação.

Logo, para compensar a falta dos dados de avaliação médica, buscou-se relacionar o tempo esperado pelo paciente antes da classificação com a cor de classificação fornecida pelo enfermeiro. Com isso, é possível averiguar se houve prioridade de atendimento para a classificação, segundo estado clínico que o usuário apresentou, e também se os pacientes que não apresentaram urgência foram identificados pelo acolhedor e orientados a outros centros de saúde, desafogando a demanda atendida nas salas de classificação.

Ressalta-se que é a percepção do acolhedor que auxilia na identificação dos pacientes que necessitam de uma assistência mais rápida. Quando o paciente apresenta alguma piora no estado clínico, o acolhedor providencia a reclassificação ou agiliza o processo de avaliação médica com o aval dos enfermeiros classificadores.

Segundo Souza et al., (2008), o acolhimento é um mecanismo essencial para atender as exigências de acesso, criar vínculos entre equipe e população, entre usuário e profissional, modificar a clínica, fazer cuidado integral e questionar o processo de trabalho. É mais que necessário qualificar esses profissionais para a escuta, diálogo, recepção e tomada de decisão.

Visando analisar também a percepção do acolhedor, foi construída a Tabela 15, montada a partir de uma amostra com 51432 pacientes, identificados com tempo de espera para classificação. Considerando o indicador 4.16, a Tabela 15 mostra a cor recebida pelo paciente e a média do tempo esperado, agregando os usuários de todas as especialidades. As cores estão dispostas em ordem decrescente de urgência.

Tabela 15 – Médias de tempo de espera para a classificação de risco dos pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por cor de classificação

Cores	Médias de tempo de espera para a classificação
01 – Vermelho	00:22:00
02 – Laranja	00:18:24
03 – Amarelo	00:22:12
04 – Verde	00:25:31
05 – Azul	00:24:57
06 – Branco	00:20:38
Sem cor	00:42:41
Total Geral	00:22:25

Fonte: Esta pesquisa.

De acordo com a Tabela 15, foram identificadas falhas no processo de trabalho dos técnicos acolhedores e enfermeiros, no que tange a priorização do atendimento para a classificação. A expectativa era que as médias de tempo de espera aparecessem em ordem crescente, visto que as cores de classificação estão em ordem de prioridade.

Os pacientes classificados com a cor vermelha obtiveram um tempo de espera maior que os pacientes com a cor laranja (4 minutos de diferença) e branco (2 minutos de diferença). Os pacientes classificados com a cores branco e azul, apresentaram tempo inferior, se comparados com os pacientes verdes.

Além disso, foram identificados pacientes sem classificação, que correspondem a 0,14% da amostra analisada. Constatou-se que dos pacientes que esperaram pela classificação, uma quantidade ínfima acabou passando pelo atendimento médico sem ser classificado, pois 0,05% obtiveram alta melhorada.

Analisando somente os pacientes de clínica médica, a Tabela 16 mostra o percentual por turno e tempo de espera para a classificação.

Tabela 16 – Percentual de pacientes da clínica médica na unidade de urgência e emergência por turno e tempo de espera para a classificação de risco

Tempo/Turno Tempo de espera para a classificação	Manhã		Tarde		Noite	
	Quant. CM	% do total	Quant. CM	% do total	Quant. CM	% do total
Até 10 min	2634	44,35%	2680	47,05%	2894	50,32%
Entre 10 e 15 min	619	10,42%	590	10,36%	716	12,45%
Entre 15 e 20 min	470	7,91%	396	6,95%	444	7,72%
Entre 20 e 30 min	563	9,48%	546	9,59%	541	9,41%
Superior a 30 min	1653	27,83%	1484	26,05%	1156	20,10%
Total	5939	100%	5696	100,00%	5751	100%

Fonte: Esta pesquisa.

De acordo com a Tabela 16, dos pacientes de clínica médica (17836 usuários) que receberam classificação e esperaram mais de 10 min para serem classificados, 55,65% foram do turno da manhã, 52,95% foram do turno da tarde e 49,68% foram do turno da noite. As médias de tempo de espera para a classificação por mês estão na Tabela 17 e foram calculadas com o indicador 4.17.

Tabela 17 – Médias de tempo de espera para a classificação de risco de pacientes da clínica médica na unidade de urgência e emergência por mês

Meses	Média de tempo de espera para a classificação
Agosto	00:24:32
Setembro	00:23:43
Outubro	00:30:40
Novembro	00:21:45
Dezembro	00:25:28
Janeiro	00:22:14
Total Geral	00:24:43

Fonte: Esta pesquisa.

Na Tabela 17, o mês de outubro, que foi um dos meses com menos registros de clínica médica e mais registros das outras especialidades, apresentou a maior média de tempo de espera para a classificação. Ao usar o indicador 4.18, a Tabela 18 mostra as médias por turno.

Tabela 18 – Médias de tempo de espera para a classificação de pacientes da clínica médica na unidade de urgência e emergência por turno

Turnos	Média de tempo de espera para a classificação
Manhã	00:27:41
Tarde	00:25:32
Noite	00:20:49
Total Geral	00:24:43

Fonte: Esta pesquisa.

Na Tabela 18, o turno da noite teve a menor média de tempo de espera, ao passo que os pacientes que chegaram no turno da manhã esperaram mais tempo para serem classificados. A Tabela 19 mostra as médias do tempo de espera por cor de classificação para os usuários da clínica médica, usando o indicador 4.16 para o cálculo deste indicador.

Tabela 19 – Médias de tempo de espera para a classificação de risco de pacientes da clínica médica da unidade de urgência e emergência por cor de classificação

Cores	Médias do tempo de espera para a classificação
01 – Vermelho	00:17:07
02 – Laranja	00:21:33
03 – Amarelo	00:25:55
04 – Verde	00:29:15
05 – Azul	00:26:21
06 – Branco	00:17:38
Sem cor	01:03:20
Total Geral	00:24:43

Fonte: Esta pesquisa.

A Tabela 19 mostra que os pacientes classificados em vermelho esperaram menos tempo, mas os usuários de pouca urgência apresentaram tempo de espera superior em relação aos pacientes que não tinham urgência alguma de atendimento médico, classificados em branco e azul.

Também foram encontrados pacientes que esperaram pela classificação e não apresentaram cor, correspondendo a 0,12% de uma amostra com 17386 usuários da

clínica médica. Destes, 0,04% obtiveram alta melhorado, o que significa dizer que o usuário passou por uma avaliação médica sem fazer a classificação.

Os resultados mostram que nem sempre há priorização para os pacientes que fazem a abertura da GAE. Os pacientes brancos e azuis podem impactar indiretamente no atendimento dos pacientes amarelos e laranjas, quando considerado o tempo que estes usuários aguardaram a classificação.

De fato, existe priorização com a utilização do protocolo Manchester, voltado para o atendimento médico. Antes disso, é bem mais complicado colocar em prática a prioridade de atendimento, sendo fundamental que o acolhedor possua competências necessárias para identificar com precisão o paciente que requer uma assistência mais rápida dos enfermeiros classificadores e médicos especialistas. Essa observação precisa ser feita desde a abertura da GAE, tendo em vista que o tempo é decisivo no tratamento e diagnóstico desses usuários.

Contudo, não se descarta a hipótese de que os pacientes podem ter sido classificados com outras cores por falta de pulseiras e em virtude das alterações que podem surgir no estado clínico do usuário, enquanto aguardaram a classificação de risco. Os pacientes podem chegar na condição verde e mudar para amarelo ou laranja no momento próximo à classificação, tendo em vista que nem sempre o atendimento é rápido.

Mediante a alta demanda do hospital, os poucos recursos existentes, a desorganização do acesso à atenção básica e a complexidade do atendimento; entendeu-se que priorizar brancos, azuis e verdes na classificação afeta significativamente no processo, pois descaracteriza a missão do atendimento de urgência e emergência.

Nesse contexto, é imprescindível que os centros de saúde estejam aptos para receber esses usuários. Uma boa alternativa de atendimento seria redirecionar e orientar os pacientes que apresentam pouca urgência ou nenhuma urgência no momento da GAE. Assim, o processo fica restrito aos pacientes de urgência e emergência, o fluxo de pacientes diminui, a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros é reduzida e se agiliza o atendimento da classificação.

Evidentemente, essa mudança exigiria mais enfermeiros trabalhando por turno, o que se mostrou inviável do ponto de vista da gerência de enfermagem. Apesar da unidade

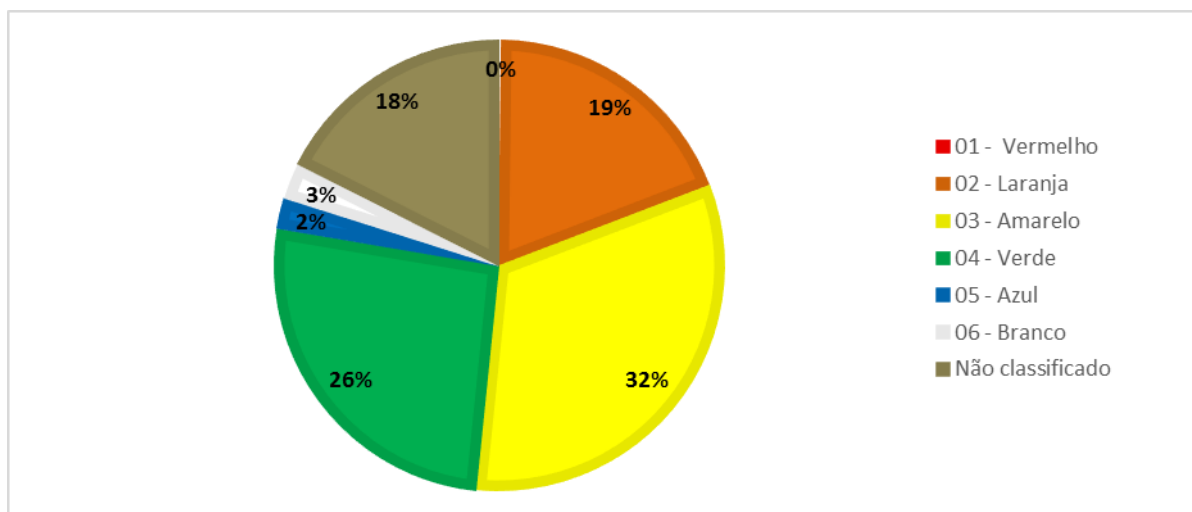
possuir duas salas disponíveis para a classificação, o processo, muitas vezes, ocorre com apenas um enfermeiro classificador por turno; a unidade conta também com apenas um acolhedor para atender todos os pacientes.

Com base nos resultados analisados, os pacientes que buscam atendimento na unidade esperam em média mais 20 minutos para a classificação, principalmente, quando a especialidade é clínica médica.

De acordo com os estudos de Anzilliero et al., (2016) e as metas de saúde, esclarecidas pelo GDF, o tempo estimado para a classificação de risco é insatisfatório e reflete um cenário de superlotação, caracterizado pela lentidão do processo de classificação de risco frente a alta demanda dos usuários.

Foi possível perceber que a quantidade de enfermeiros classificadores é insuficiente para suprir a demanda de GAEs, dentro de um intervalo de espera de 10 a 15 minutos, tempo considerado ideal para o processo de classificação.

O percentual de pacientes classificados é representado no gráfico 15, montado a partir de uma amostra com 62288 usuários, referente ao total de pacientes registrados no período de seis meses. O indicador de classificação de risco foi calculado com o indicador 4.19.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 15 – Distribuição de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por cor de classificação

Por meio do gráfico 15, dos 62288 pacientes, 51360 usuários foram classificados. O indicador de classificação registrou que 82,45% do total de pacientes admitidos na

unidade passaram pelo processo de classificação de risco. Dos 17,54% usuários não classificados, 10,63% tiveram local de passagem Hospital X Pronto-Socorro, compreendendo os usuários que apenas realizaram GAE e, por isso, não apresentaram cor de classificação.

Logo, os usuários que apresentaram local de passagem Hospital X Pronto-Socorro corresponderam a uma demanda não atendida pela classificação e, conseqüentemente, pela avaliação médica. Na teoria, embora estes usuários não sejam classificados, observou-se que 1,33% passaram pela classificação de risco, mas foram identificados com altas por outros motivos, alta por evasão e encerramento administrativo.

Ainda com relação aos pacientes sem cor de classificação, 6,91% foram registrados com alguma especialidade, o que não é aparentemente normal, pois a especialidade dos usuários é registrada pelos enfermeiros no momento da classificação. Este resultado pode estar associado aos erros de preenchimento, falhas do sistema ou mesmo defasagem do processo de atendimento. Para deduzir a cor desses pacientes, seria necessária uma pesquisa minuciosa do estado clínico, o que não compete a este trabalho.

No gráfico 15, há uma quantidade pequena de usuários classificados com a cor vermelha, foram contabilizados apenas 119 (cento e dezenove) pacientes. Durante o mapeamento dos processos e com base na visão dos profissionais sobre a rotina de trabalho, foi possível confirmar que pacientes levados ao box de emergência, dificilmente, faziam a classificação de risco.

O paciente em estado crítico é, simultaneamente, registrado pelo acompanhante no NUREM e encaminhado ao box de emergência, o que propicia o distanciamento entre o enfermeiro classificador e os usuários de emergência.

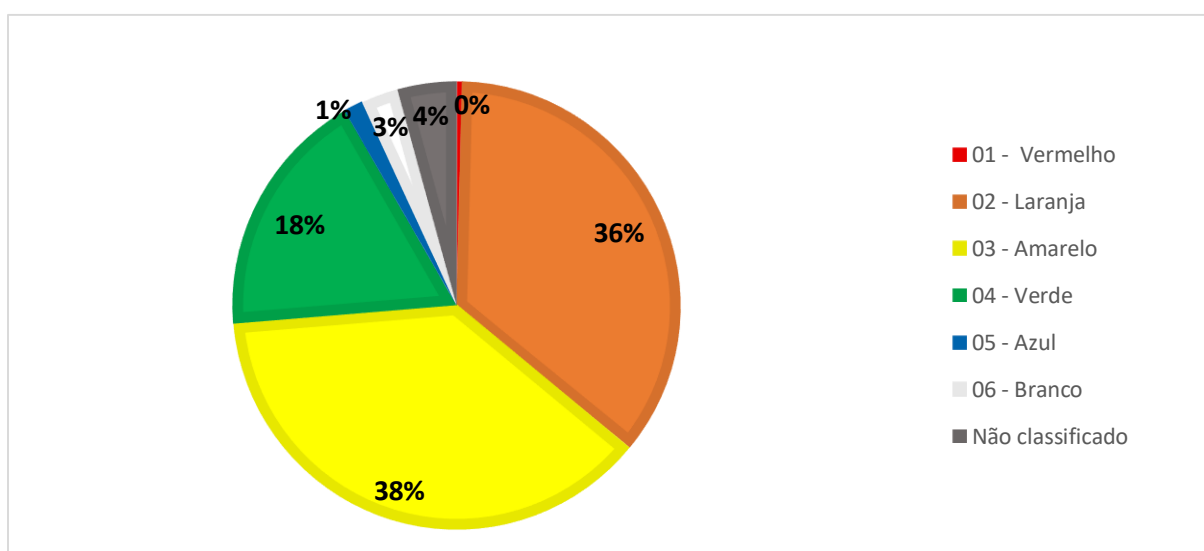
Portanto, evidenciou-se falha no processo, relativo ao acompanhamento dos usuários classificados em vermelho. No sistema TrakCare, a falta de registro desses usuários impede o controle adequado e afeta no dimensionamento dos profissionais de saúde destinados ao atendimento de alta complexidade.

O gráfico 15 mostra muitos pacientes na condição de urgência, dos quais 32,47% foram amarelos, 18,97% foram laranjas, 26% foram verdes. Na condição de nenhuma urgência, foram obtidos 2,22% classificados com a cor azul e 2,61% classificados com

a cor branco. Portanto 31% dos pacientes possuem condição para encaminhamento a outros centros de saúde, mas a Tabela 15 indica que foram encaminhados a outros centros de referência apenas 0,09% do total de usuários registrados.

Dos usuários representados no gráfico 15, os que buscaram atendimento de clínica médica foram: 0,12% vermelhos, 10,36% laranjas, 10,99% amarelos, 5,24% verdes, 0,41% azuis, 0,78% brancos e 1,24% sem classificação. Destes usuários, 7,67% poderiam ser encaminhados a outros estabelecimentos de saúde.

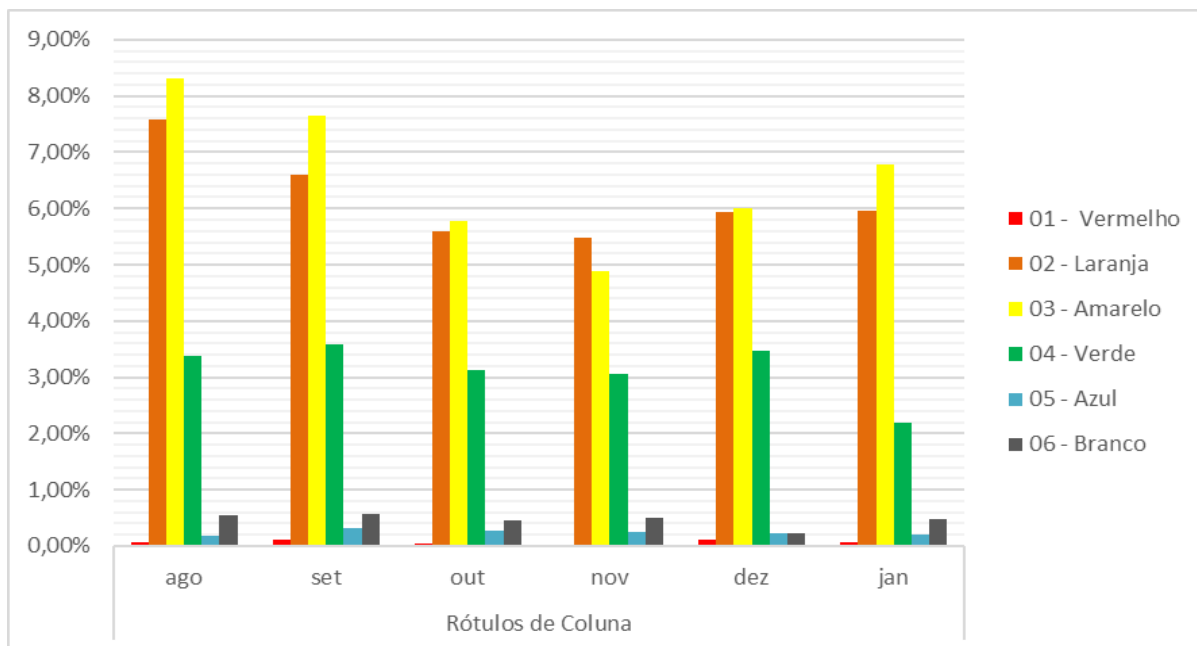
O gráfico 16 mostra a proporção dos pacientes classificados para clínica médica com uma amostra de 18138 usuários. O cálculo do indicador de classificação foi feito com o indicador 4.19.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 16 – Distribuição de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por cor de classificação.

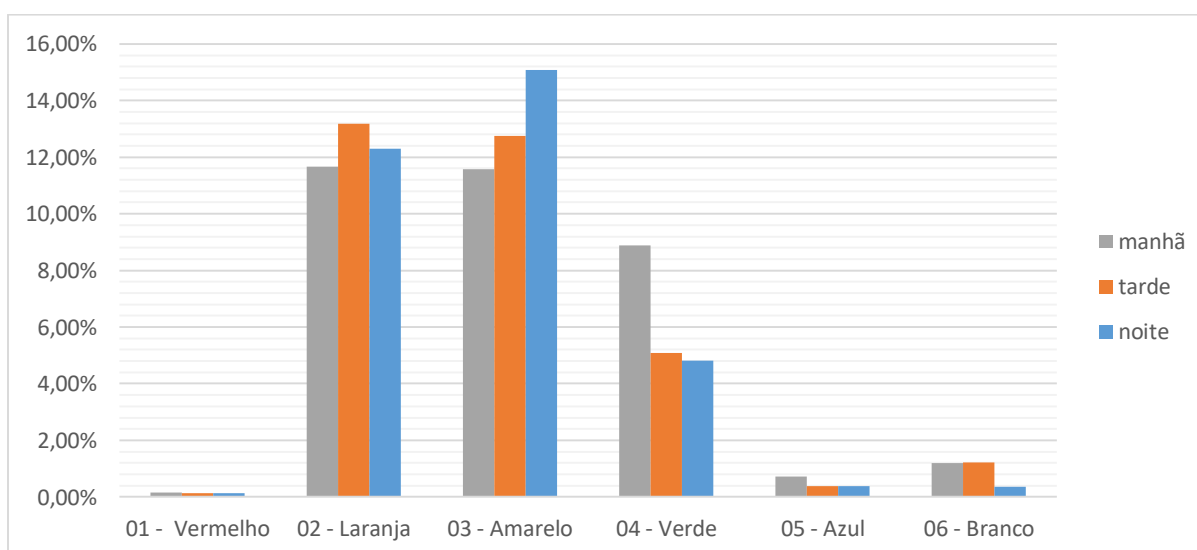
De acordo com o gráfico 16, confirmou-se que a demanda para clínica médica apresenta urgência e muita urgência no atendimento. A distribuição desses usuários por mês foi calculada com o indicador 4.20 e representada no gráfico 17, desconsiderando 773 usuários que não apresentaram cor de classificação.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 17 – Distribuição de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês e cor de classificação

De acordo com o gráfico 17, a demanda de pacientes amarelos e laranjas decaiu ao longo dos meses e aumentou no início do ano, mas sempre se mostrou significativa em relação as outras cores. A especialidade também recebeu 4,24% de pacientes não urgentes e 18,79% de pacientes pouco urgentes. Com o indicador 4.21, o gráfico 18 faz a separação desses pacientes por turno.



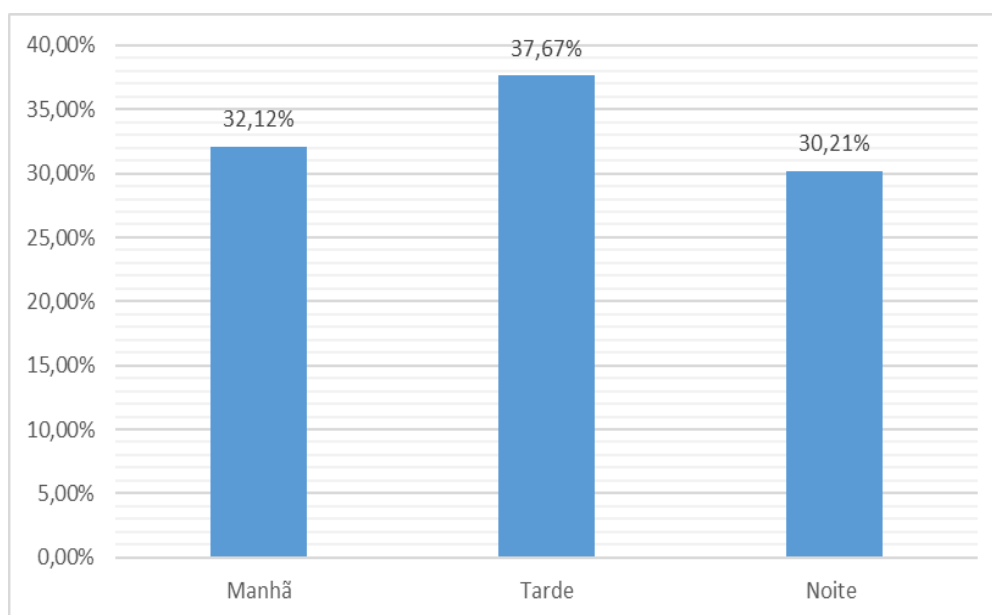
Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 18 – Distribuição de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno e cor de classificação

No gráfico 18, tiveram mais registros de pacientes laranjas e amarelos no turno da noite. 15,09% pacientes amarelos procuraram atendimento no período da noite, 13,17% pacientes laranjas procuraram atendimento no turno da tarde e 12,31% procuraram atendimento no turno da noite. Em contrapartida, pacientes sem nenhuma urgência ou de pouca urgência foram mais registrados no período da manhã, período em que os centros de saúde estão em funcionamento.

Para atender o fluxo de 24 horas, a unidade conta com os médicos da porta, pré-definidos por escala e que se responsabilizam pelo atendimento inicial dos pacientes de urgência que chegam à unidade. O atendimento dos pacientes classificados em vermelho é realizado pelos médicos do box de emergência.

No período de seis meses, a especialidade de clínica médica contava com 576 médicos de porta e 537 médicos de box em atividade, o gráfico 19 mostra a distribuição dos médicos de porta por turno, calculados por meio do indicador 4.22.



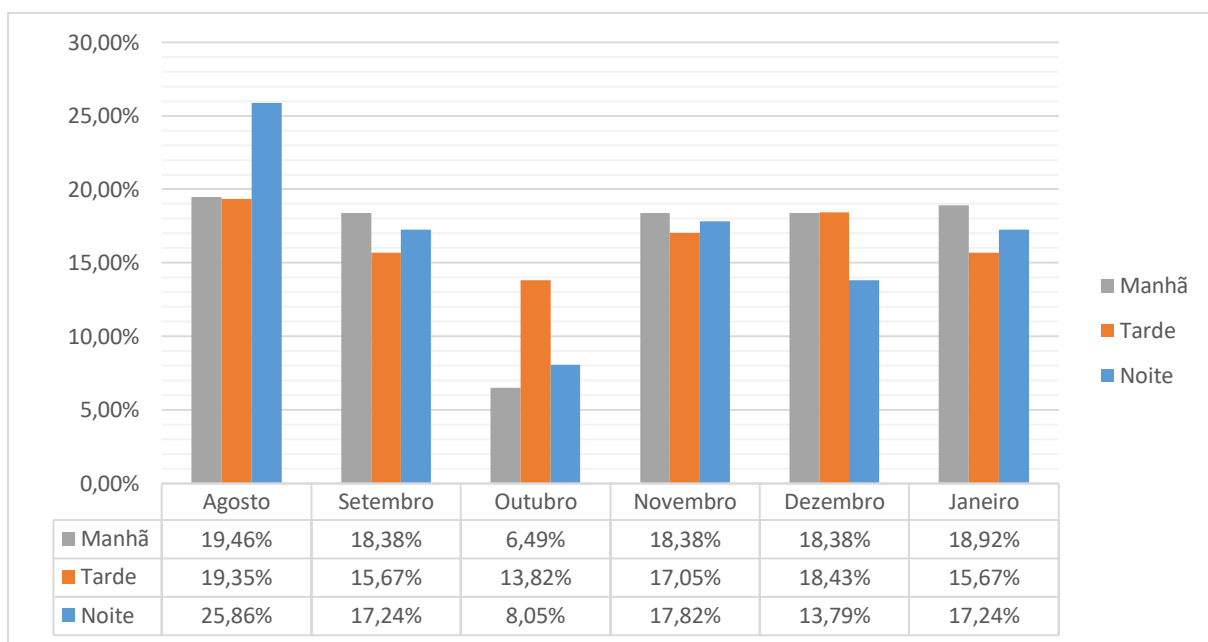
Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 19 – Distribuição de médicos de porta da clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno

De acordo com o gráfico 19, há mais médicos de porta no período da tarde, embora a maior quantidade de registros para clínica médica tenha ocorrido no período da manhã, conforme mostrado no gráfico 8.

Porém, é importante frisar que estes dados foram tirados de escalas pré-definidas, fornecidas pela unidade, e que poderiam estar sujeitas às modificações de rotina de trabalho. Essas escalas também estão na transparência do site da SES/DF.

O gráfico 20 mostra a demanda de médicos de porta da especialidade por mês e turno, usando os indicadores 4.22, 4.23 e 4.24.

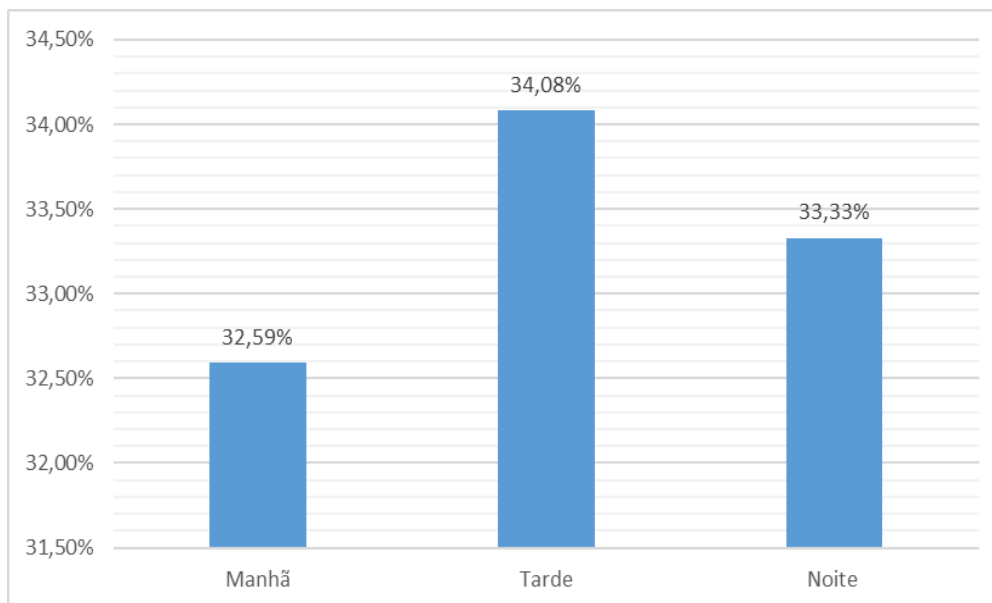


Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 20 – Distribuição de médicos de porta da clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês e turno

No gráfico 20, ao considerar 576 médicos de porta da clínica médica, constatou-se que a média foi de 3 a 4 médicos por dia e o máximo que foi possível identificar foi 6 médicos por dia, no mês de agosto. Essa foi a quantidade disponível de médicos de clínica médica para fazer o atendimento dos pacientes de urgência.

Em relação aos pacientes de emergência, o gráfico 21 mostra a distribuição dos médicos de box por turno.

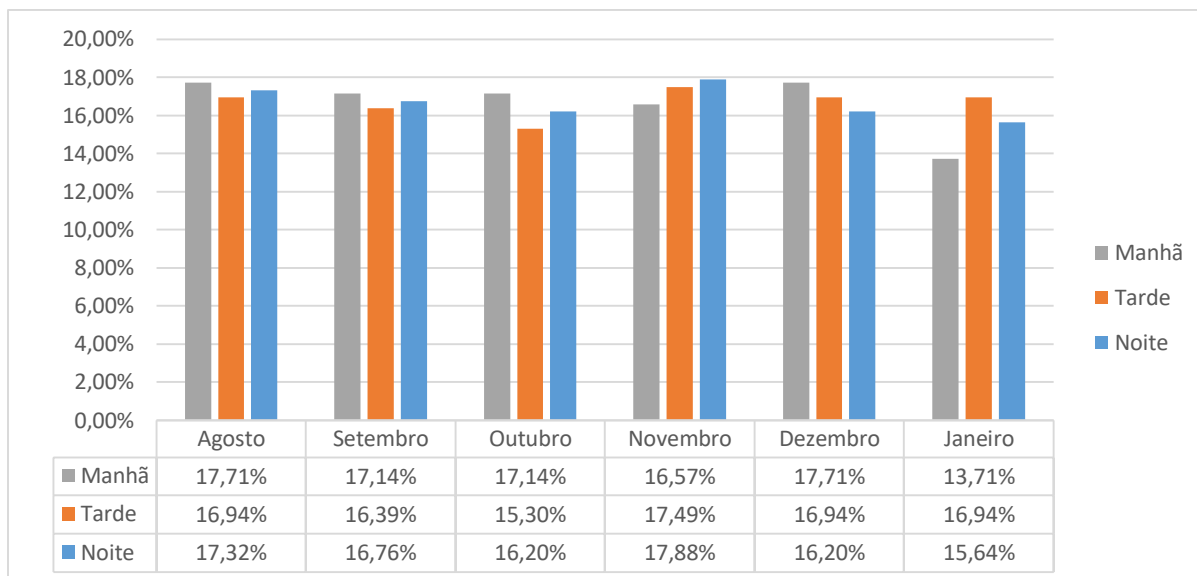


Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 21 – Distribuição de médicos de box de emergência da clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno

A quantidade de médicos do box permanece significativa no turno da tarde, conforme mostrado no gráfico 21. É difícil discutir esses dados, pois os enfermeiros da clínica médica confirmaram que os pacientes vermelhos não estavam sendo classificados no período de análise, subtendendo que há mais vermelhos do que a quantidade estimada no sistema TrakCare.

No gráfico 16, a quantidade de pacientes que foram classificados em vermelho ficou distribuída quase que igualmente nos três turnos. A demanda dos médicos de box por mês e turno para atender esses pacientes é indicada no gráfico 22, sendo usados os indicadores 4.22 e 4.23.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 22 – Distribuição de médicos de box de emergência da clínica médica da unidade de urgência e emergência por mês e por turno

No gráfico 22, ao contabilizar 537 médicos trabalhando no período, identificou-se, por meio do indicador 4.24, que a média foi de 3 médicos de box por dia, um em cada turno, que atendem todos os pacientes críticos da unidade de urgência e emergência.

A unidade também conta com os enfermeiros e técnicos de enfermagem que auxiliam no atendimento aos pacientes de emergência e urgência. Além dos enfermeiros classificadores, que se encontram sobrecarregados na unidade, há também os enfermeiros de clínica médica que realizam exames laboratoriais e aplicam as medicações, acompanhando os pacientes que estão na sala de observação/medicação. A distribuição aproximada dos enfermeiros e técnicos por dia, de acordo com os espaços de atuação, foi mostrada no tópico 4.1.3, que abordou os recursos da unidade de urgência e emergência.

De acordo com os resultados, é possível perceber que nem sempre a quantidade de médicos de porta seguiu a lógica da demanda de registros por turno. No entanto, deve-se levar em conta o gráfico 9, referente à demanda de registros por hora dos pacientes de clínica médica, pois o fluxo de entrada foi maior em alguns horários da tarde (turno que teve mais médicos de porta).

Em relação a classificação, é desejável atingir percentuais mais elevados de aplicação, atendendo a todos os pacientes admitidos no serviço de urgência e

emergência e priorizando os pacientes de maior gravidade. Para isso, é preciso que haja sistemas estruturados de recepção, acolhimento e classificação.

Por meio dos indicadores de tempo de espera para classificação, foi visto que a priorização de atendimento antes do processo nem sempre foi feita pelo enfermeiro e acolhedor; além disso, muitos pacientes aguardaram mais de 10 min para serem classificados.

De acordo com Bittencourt e Hortale (2009), um dos meios de se evitar os cenários de superlotação e reduzir o tempo de espera para ser atendido é organizar os espaços de atendimento dos serviços de urgência e emergência em eixos e áreas que sinalizem os níveis de risco dos pacientes. Desse modo, organizar os pacientes, no hall de espera, segundo estado clínico apresentado na classificação, pode contribuir para uma aceitação maior dos usuários na espera do atendimento e auxiliar o trabalho dos enfermeiros e acolhedores.

No que tange às urgências, a procura de atendimento por pacientes laranjas e amarelos, no turno da noite, pode estar relacionada ao horário de funcionamento dos centros de saúde, que deveriam ajudar reduzir a demanda que chega aos serviços de emergência do hospital regional.

O horário de funcionamento dos centros de referência, nos dias de semana, está entre 7h e 18h e, nos fins de semana, os estabelecimentos de saúde permanecem fechados. Mesmo assim, pacientes de pouca urgência e nenhuma urgência buscavam atendimento na unidade, no período da manhã.

O Hospital analisado no estudo é um hospital regional. De acordo com Dubeux e Carvalho (2013), os hospitais regionais buscam atender serviços especializados, dando assistência às situações de urgência e emergência de maior gravidade e aos grupos de risco (gestantes de alto risco). Reis (2008) reforça o hospital regional como estabelecimento de saúde destinado à assistência médica de regime de internação e emergência nas especialidades médicas básicas.

Constata-se que, apesar do perfil de atendimento do hospital e da contribuição da regionalização e hierarquização na organização dos serviços de saúde, a unidade hospitalar continua atendendo a pacientes de várias regiões e de estado clínico pouco urgente ou sem urgência, quando deveria direcionar o atendimento aos pacientes em situação urgente e emergencial da sua região de saúde.

No mais, há falhas no sistema que inviabilizam o controle adequado do fluxo de pacientes. Dentre elas, está a quantidade não representativa dos pacientes de emergência. Os dados e relatos de enfermeiros mostraram que, nem todos os pacientes de emergência passaram pela classificação, não sendo possível quantificar esses pacientes no sistema TrakCare; esse sistema é constantemente usado no processo de trabalho dos profissionais de saúde, mas não oferece dados concretos dos pacientes de emergência.

Diante do exposto, já se prevê melhorias que podem afetar a realidade de superlotação dos hospitais regionais, dentre elas, estão: a ampliação do horário de atendimento dos centros de saúde para até 22 horas, possibilidade que vem sendo estudada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Política Distrital, 2016) e o aumento da cobertura de equipes de saúde da família na região centro-norte, que foi debatida pelo grupo gestor da unidade hospitalar.

De acordo com os textos básicos de saúde referentes ao Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência (2009), algumas ações podem causar impacto no indicador de classificação de risco, tais como:

- a) sensibilizar os gestores, gerentes, chefes, dirigentes e demais trabalhadores e usuários do sistema de urgência e emergência e atenção hospitalar para que se construa uma adesão ao processo de acolhimento com classificação de risco, considerando todos os níveis e gestão locais;
- b) realizar capacitação específica da enfermagem na utilização do protocolo de classificação;
- c) monitorar e avaliar as ações para melhorias do processo;
- d) refletir sobre a organização dos processos, fazendo uma reformulação interna das equipes de trabalho e estrutura física da urgência e emergência;
- e) promover a apropriação de tecnologias de classificação de risco.

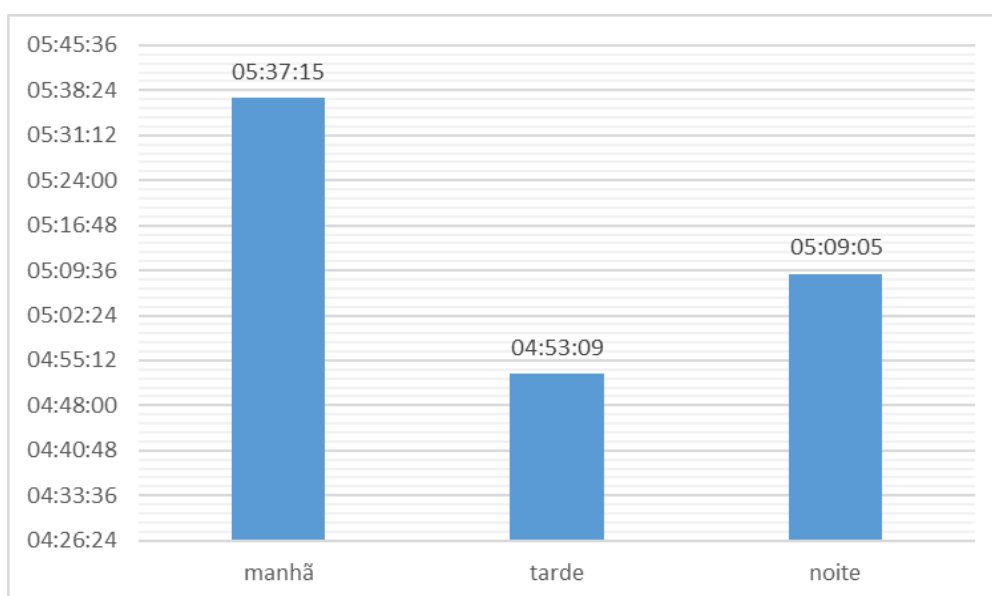
Não menos importante, é sempre necessário divulgar e esclarecer, seja por meio de pesquisas ou políticas, as questões de regionalização; níveis de atendimento; integralidade e hierarquização dos serviços com o objetivo de buscar o melhor relacionamento entre as unidades de saúde e o usuário-cidadão.

Essa conscientização é necessária, pois é possível definir que o problema da unidade está ligado à quantidade insuficiente de recursos e de pessoal para atender a alta demanda. Muitas vezes, uma demanda que descaracteriza o perfil de atendimento da unidade e impossibilita o dimensionamento adequado dos profissionais.

Tempo de Permanência na unidade de urgência e emergência

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.077/2014, que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência, bem como o dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho, destaca em seu Art. 14 que o tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência é de até 24h, após esse tempo, os mesmos deverão ter alta, ser internados ou transferidos.

A unidade admitiu 62288 pacientes, dos quais 91% foram contabilizados com tempo total de permanência inferior ou igual a 24 horas. Como a análise deste trabalho se resume ao fluxo de 24h, a amostra ficou limitada a 56701 usuários que tiveram tempo de permanência entre 1 min e 24h. A média de permanência por turno de todos os pacientes registrados na unidade foi calculada com o indicador 4.25 e está representada no gráfico 23.

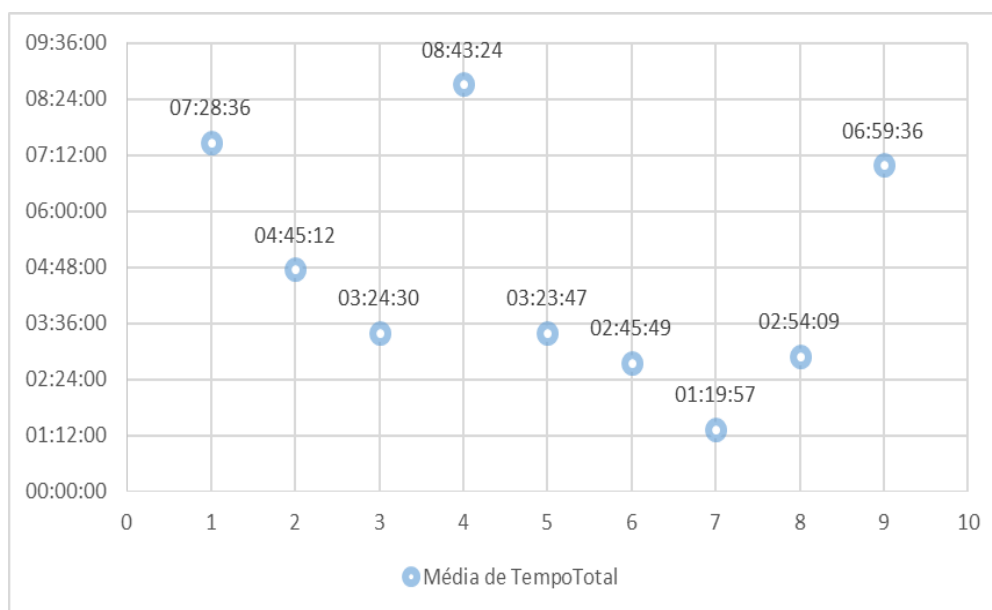


Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 23 – Médias de tempo de permanência de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por turno

O gráfico 23 mostra que a maior média de permanência foi no turno da manhã, e a menor média no turno da tarde. A distribuição das médias de permanência por local de passagem está no gráfico 24, sendo obtidas com o indicador 4.26.

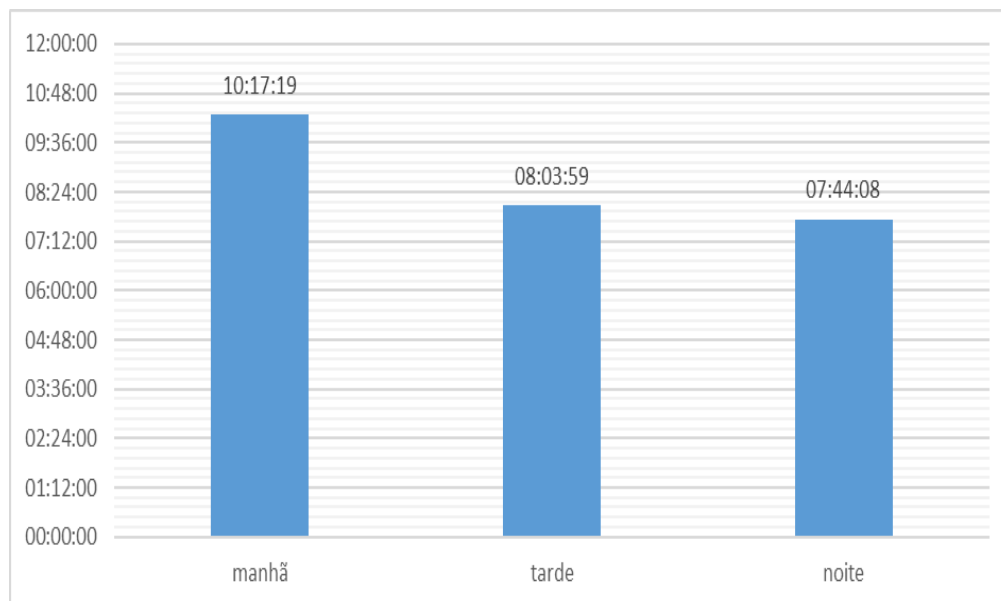
Os locais de passagem estão ordenados em: 1 – Hospital X Pronto-Socorro, destinado aos pacientes que apenas fizeram GAE; 2 – Cirurgia Geral; 3 – Cirurgia Plástica; 4 – Clínica Médica, 5 – Ginecologia/Obstetrícia, 6 – Odontologia, 7 – Oftalmologia, 8 – Pediatria e 9 – Queimados.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 24 – Dispersão das médias de tempo de permanência de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por local de passagem

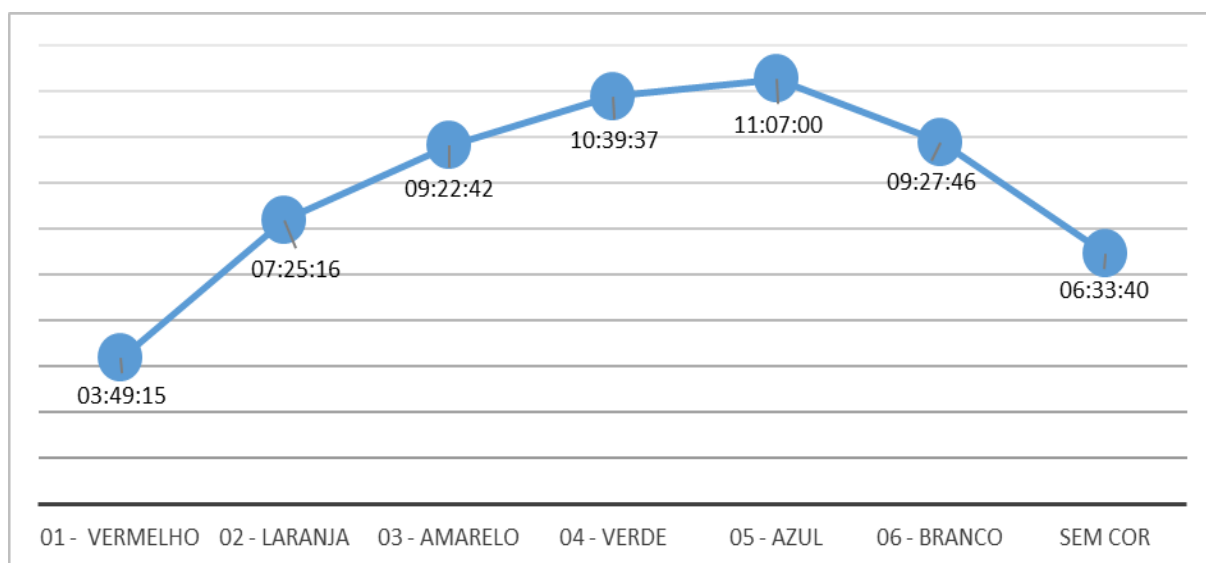
No gráfico 24, a clínica média tem participação significativa na média geral do tempo de permanência (5:14:18). Inclusive, foram os pacientes dessa especialidade que apresentaram maior tempo. As médias de permanência dos pacientes de clínica médica por turno são mostradas no gráfico 25 e foram calculadas por meio do indicador 4.25, usando uma amostra de 14500 usuários.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 25 – Médias de tempo de permanência de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por turno

De acordo com o gráfico 25, os pacientes registrados no turno da manhã passaram mais tempo na unidade de urgência e emergência, as médias de permanência desses pacientes por cor de classificação foram calculadas com o indicador 4.27 e representadas no gráfico 26. Deve-se lembrar que nem todos os usuários em situação de emergência foram classificados durante o período de análise.



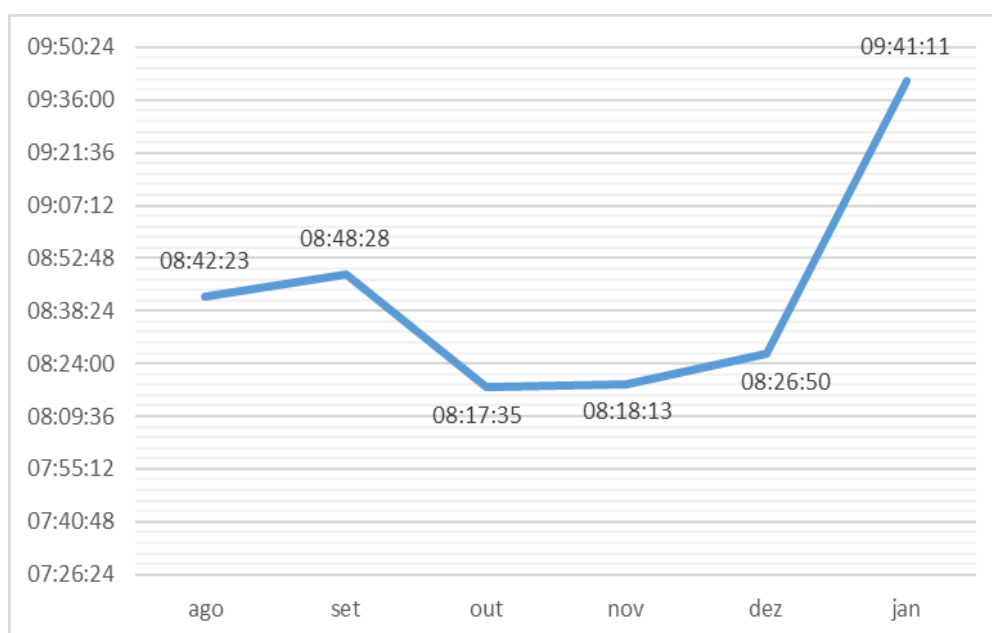
Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 26 – Médias de tempo de permanência de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por cor de classificação

No gráfico 26, observou-se que quanto mais grave foi o estado clínico do paciente, menor foi o tempo de permanência na unidade. Identificou-se também que os pacientes sem classificação tiveram tempo inferior em comparação com os pacientes classificados em laranja, amarelo, verde, azul e branco.

Os pacientes verdes, azuis e brancos obtiveram o maior tempo de permanência por esperarem por mais tempo pela avaliação médica, seguindo a lógica de priorização de atendimento do protocolo Manchester. Esses mesmos pacientes tinham condições para serem redirecionados a outros centros de referência, uma vez que não apresentaram quadro clínico grave.

Nos relatos dos profissionais, a permanência dos pacientes de pouca urgência ou nenhuma urgência foi justificada pela falta de recursos e vagas nos centros de saúde, que contribui para que o Hospital seja sempre referência. O gráfico 27 mostra as médias de permanência da clínica médica por mês, calculadas por meio do indicador 4.28.



Fonte: Esta pesquisa.

Gráfico 27 – Médias do tempo de permanência de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência

O gráfico 27 mostra que, no mês de outubro, os pacientes permaneceram menos tempo na unidade, o que pode estar associado à quantidade de clínicos do mês, representado no gráfico 17. Em contrapartida, no início do ano, os usuários permaneceram mais tempo no pronto-socorro.

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.007/2014, os pacientes, que não receberam alta no período de 24 horas, devem ser internados ou transferidos. Na unidade analisada, a internação desses pacientes se inicia em leitos temporários, onde os usuários aguardam as vagas dos leitos de internação eletiva. A Tabela 10 demonstra 85 leitos temporários que atendem, inicialmente, os pacientes do pronto-socorro que foram submetidos à internação.

Em consonância com a Resolução nº 2.007/2014, poderia-se supor que 5587 pacientes foram submetidos à internação, pois possuíam tempo de permanência superior a 24h. Todavia, dos 5587 pacientes com mais de 24 horas de permanência, foram identificados 53,09% altas por outros motivos e 32,52% encerramentos administrativos, sendo da clínica médica, respectivamente, 39,79% e 18,17%. Além disso, não foram identificados motivos de saída que comprovassem a internação do paciente.

Os dados fornecidos estiveram restritos à unidade de urgência e emergência, cujo fluxo é 24h. Portanto, não deveriam apresentar tempo de permanência superior. Provavelmente, essa quantidade pode estar associada às falhas no processo de registro dos profissionais no que tange à padronização das informações no sistema utilizado por eles.

Motivos de saída dos pacientes da unidade de urgência e emergência

Schout e Novaes (2007) afirmam que o resumo de alta é um registro-chave não somente do ponto de vista clínico, mas sob as óticas administrativa, financeira e de pesquisa. A Tabela 20 mostra os motivos de saída dos pacientes, considerando a mesma amostra do tempo de permanência (56701 usuários) e sendo analisado o indicador 4.29.

Tabela 20 – Percentual de pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência por motivo de saída

Motivos de Saída	Quantidade
Alta a pedido	0,50%
Alta com previsão de retorno para acompanhante do paciente	12,43%
Alta curado	1,11%
Alta da mãe/puerpera	0,27%
Alta melhorado	28,05%
Alta por evasão	3,73%
Alta por outros motivos	33,44%
Encerramentos administrativos	11,85%
Óbitos	0,39%
Permanência	0,18%
Transferência para internação domiciliar	0,01%
Transferência para outro estabelecimento	0,61%
Alta de pacientes agudo em psiquiatria	0,01%
Sem motivo de saída	7,42%
Total Geral	100,00%

Fonte: Esta pesquisa.

Ao analisar a Tabela 20, observou-se que do total de pacientes com tempo inferior ou igual a 24h, 28,05% apresentaram alta melhorado, 33,44% tiveram altas por outros motivos, 11,85% obtiveram encerramentos administrativos e somente 3,73% foram registrados com alta por evasão.

No caso da alta por evasão, fica claro que o usuário desistiu do atendimento. Já o encerramento administrativo se refere ao paciente que foi identificado no sistema, mas o profissional não tem certeza sobre a condição dele, principalmente, se foi uma desistência antes da avaliação médica.

Segundo relatos de alguns enfermeiros, foi possível definir que a alta por outros motivos é aplicada, muitas vezes, com a mesma finalidade do encerramento administrativo. Como enfermeiros, médicos e profissionais da administração possuem autorização para mexer no fluxo do paciente, as informações dos usuários nem sempre são padronizadas, o que dificulta ainda mais a análise de resultados.

Na visão dos enfermeiros, os usuários que passaram por uma avaliação médica podem ter também como motivo de saída o encerramento administrativo, pois alguns médicos esquecem de registrar a alta do paciente no sistema. De acordo com Schout e Novaes (2007), do ponto de vista do médico, há uma grande diferença entre o valor

atribuído ao cuidar do paciente e o registro desse cuidado. Muitos entendem que no momento em que os pacientes estão sendo cuidados, o registro ocupa um tempo que pode ser melhor aproveitado. No mais, há uma tensão constante entre o tempo disponível e a quantidade de pacientes que esperam pelo atendimento, o que impacta consideravelmente na produção de registros clínicos para a qualidade no atendimento ao paciente e na produção de conhecimento hospitalar.

A alta do usuário só pode ser dada pelo médico, e o enfermeiro nem sempre possui a confirmação imediata do momento da saída/liberação do paciente. Nesse sentido, a maioria dos registros de saída acaba sendo de encerramento administrativo e alta por outros motivos. Portanto, os encerramentos administrativos e altas por outros motivos não necessariamente são desistências, mas mantêm incertezas em relação à análise situacional do paciente e o fluxo em geral.

Para ter uma estimativa aproximada dos usuários da clínica médica que poderiam ter desistido da avaliação do especialista, foi construído a Tabela 21, que contempla os pacientes com alta por evasão, alta por outros motivos e encerramento administrativo, pois, dentre os motivos de saída existentes no sistema, os motivos não confirmam precisamente se o paciente chegou a passar por uma avaliação médica.

Numa amostra com 14500 usuários da clínica médica, constatou-se 9578 (66,05%) pacientes com alta por evasão, encerramento administrativo, alta por outros motivos e pacientes sem motivo de saída. Foram identificados 4023 altas por evasão, 3286 encerramentos administrativos e altas por outros motivos e 2269 usuários sem motivo de saída. A Tabela 21 separa esses usuários por motivo de saída e cor de classificação, usando o indicador 4.30.

Tabela 21 – Percentual de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência registrados em alta por outros motivos, encerramentos administrativos e sem motivo de saída por cor de classificação

Cor/Motivo de Saída	Quantidade (%)
01 - Vermelho	0,15%
Alta por Outros Motivos	0,01%
Encerramento administrativo	0,01%
(Sem motivo de saída)	0,13%
02 – Laranja	26,40%
Alta Por Evasão	1,92%
Alta por Outros Motivos	11,18%

(continuação)

Cor/Motivo de Saída	Quantidade
Encerramento	
administrativo	5,68%
(Sem motivo de saída)	7,62%
03 – Amarelo	42,52%
Alta Por Evasão	1,17%
Alta por Outros Motivos	21,16%
Encerramento	
administrativo	9,55%
(Sem motivo de saída)	10,64%
04 – Verde	23,08%
Alta Por Evasão	0,35%
Alta por Outros Motivos	12,90%
Encerramento	
administrativo	5,70%
(Sem motivo de saída)	4,12%
05 – Azul	1,77%
Alta Por Evasão	0,01%
Alta por Outros Motivos	1,12%
Encerramento	
administrativo	0,44%
(Sem motivo de saída)	0,21%
06 – Branco	2,94%
Alta Por Evasão	0,10%
Alta por Outros Motivos	1,41%
Encerramento	
administrativo	0,88%
(Sem motivo de saída)	0,55%
(Sem cor)	3,12%
Alta Por Evasão	0,19%
Alta por Outros Motivos	1,72%
Encerramento	
administrativo	0,79%
(Sem motivo de saída)	0,42%
Total Geral	100,00%

Fonte: Esta pesquisa.

Na Tabela 21, 42,52% apresentaram urgência no atendimento (amarelo), dos quais 30,71% tiveram encerramento administrativo e alta por outros motivos, cujos registros não garantem a passagem do paciente por uma avaliação médica. Os pacientes que apresentaram outros motivos de saída foram representados na Tabela 22 e correspondem a 33,95% do total de pacientes de clínica médica.

Tabela 22 – Percentual de pacientes de clínica médica da unidade de urgência e emergência por motivos de saída e cor de classificação

Cor/Motivo de saída	Quantidade
01 - Vermelho	1,04%
Alta a Pedido	0,06%
Alta com Previsão de Retorno para Acompanhamento do Paciente	0,14%
Alta Melhorado	0,57%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo instituto médico legal – IML	0,02%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente	0,18%
Permanência por características próprias da doença	0,04%
Transferência para outro estabelecimento	0,02%
02 – Laranja	60,04%
Alta a Pedido	0,89%
Alta com Previsão de Retorno para Acompanhamento do Paciente	10,28%
Alta Curado	0,85%
Alta de Paciente Agudo em Psiquiatria	0,02%
Alta Melhorado	43,44%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo instituto médico legal – IML	0,02%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente	2,48%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo serviço de verificação de óbito	0,04%
Óbito por Causa não Esclarecida	0,06%
Permanência por características próprias da doença	0,65%
Permanência por outros motivos	0,04%
Transferência para internação domiciliar	0,02%
Transferência para outro estabelecimento	1,24%
03 – Amarelo	26,68%
Alta a Pedido	0,37%
Alta com Previsão de Retorno para Acompanhamento do Paciente	3,90%
Alta Curado	0,41%
Alta Melhorado	21,45%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente	0,18%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo serviço de verificação de óbito	0,02%
Permanência por características próprias da doença	0,10%
Transferência para outro estabelecimento	0,24%
04 – Verde	3,47%
Alta a Pedido	0,10%
Alta com Previsão de Retorno para Acompanhamento do Paciente	0,53%
Alta Curado	0,12%
Alta Melhorado	2,68%
Permanência por características próprias da doença	0,02%
Permanência por outros motivos	0,02%
05 – Azul	0,20%
Alta Melhorado	0,18%

Cor/Motivo de Saída	(continuação) Quantidade
Transferência para outro estabelecimento	0,02%
06 – Branco	1,67%
Alta a Pedido	0,04%
Alta com Previsão de Retorno para Acompanhamento do Paciente	0,22%
Alta Melhorado	1,28%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo instituto médico legal – IML	0,08%
Permanência por outros motivos	0,04%
(Sem cor)	6,91%
Alta a Pedido	0,10%
Alta com Previsão de Retorno para Acompanhamento do Paciente	0,95%
Alta Curado	0,08%
Alta Melhorado	4,84%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo instituto médico legal – IML	0,02%
Óbito com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente	0,67%
Óbito por Causa não Esclarecida	0,02%
Permanência por características próprias da doença	0,12%
Permanência por outros motivos	0,02%
Transferência para outro estabelecimento	0,08%
Total Geral	100,00%

Fonte: Esta pesquisa.

A Tabela 25 mostra que, em uma amostra com 4922 usuários da clínica médica, 74% tiveram alta melhorado com mais da metade sendo usuários de muita urgência. Também foram identificados 4,84% com alta melhorado, mas sem classificação.

Conclui-se que, para a segurança dos sistemas na concessão de informações precisas sobre o atendimento, é fundamental que os profissionais alimentem constantemente, de forma adequada e padronizada, as altas, transferências e óbitos. Nessa perspectiva, esses resultados destacam a necessidade de uma gestão da produção de informação no hospital. Embora não seja dada a devida importância para isso, compreende-se que os processos de registros e dados que compõem a informação hospitalar reflete o perfil dos profissionais do sistema de saúde e contribuem para o desenvolvimento dos indicadores assistenciais (SCHOUT, NOVAES, 2007).

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente trabalho mostra a importância do Sistema de Saúde e o desejo de melhorá-lo para atender da melhor forma às expectativas da população. Mediante a complexidade dos serviços, se faz necessário realizar estudos que contemplem os fatores externos e internos às organizações de saúde, que impactam significativamente na qualidade do atendimento.

A superlotação, que aflige a maioria dos hospitais públicos, não é mais uma novidade no contexto da saúde pública brasileira. Apesar de alguns estudos acerca desse assunto, o problema ainda persiste no sistema hospitalar, em especial, nos serviços de urgência e emergência.

Por meio do trabalho, foi possível perceber que as dificuldades recorrentes nos serviços de saúde não se resumem à gestão em saúde. O problema é mais amplo e envolve a máquina pública, políticas, gastos que não condizem com a eficiência dos serviços, planos de governo, bem como as diretrizes ministeriais, que devem ser seguidas e colocadas em prática pelos profissionais de saúde, gestores e usuários.

Não se pode ignorar o compromisso com os resultados que os serviços públicos precisam ter e, tão pouco a conscientização da população sobre a rede assistencial, suas dificuldades e limitações para o atendimento. Vale lembrar que a resolução das necessidades onde tenha porta aberta está também relacionada à ausência de priorização das políticas já elaboradas e hábitos culturais da população usuária.

Tendo em vista o cenário dos hospitais públicos, o trabalho teve como objetivos: analisar o contexto da saúde pública no DF, fazer o mapeamento dos processos da unidade do pronto-socorro e desenvolver indicadores para o atendimento da unidade de urgência e emergência em um hospital de grande porte do Distrito Federal. E, com isso, mostrar, na prática, as consequências que os fatores externos podem gerar na prestação desses serviços.

Portanto, enfatizou-se a gestão hospitalar na utilização adequada dos recursos escassos e redução do tempo de espera, não somente da avaliação médica, mas também da classificação de risco, que é um processo essencial na priorização e redirecionamento do usuário, capaz de desafogar a demanda que chega aos serviços de maior complexidade.

Ao longo do estudo, foram encontradas limitações quanto ao Sistema de Informação do Hospital e a forma como o registro do paciente é realizado pelos profissionais de saúde e da administração. Muitos registros não são realizados na hora do atendimento, o que despadroniza as informações do sistema e gera incerteza sobre a condição do paciente. Logo, ao analisar o fluxo do paciente e os processos de atendimento na unidade de urgência e emergência, identificou-se falha no gerenciamento das informações hospitalares, pois o hospital do estudo de caso não utilizou adequadamente o sistema, impedindo o melhor controle das práticas operacionais, administrativas e formulação de políticas que beneficiem o atendimento. Ademais, o sistema também se mostrou inviável no fornecimento de dados relativos ao tempo de início do atendimento médico.

Compreende-se que a natureza do objeto de estudo também complica as análises estatísticas. Os serviços são intangíveis e variam muito em relação à produtividade e percepção do usuário, pois não se enxerga o produto dos serviços, mas o custeio deles. No âmbito hospitalar, os critérios de avaliação são ainda mais complexos, pois muitas variáveis podem ser consideradas.

Embora a falta de padronização dos registros de paciente tenha se tornado um empecilho na análise de resultados proposta, foi possível analisar o contexto da saúde no Distrito Federal, entender os processos da unidade de urgência e emergência, explanar a visão dos profissionais sobre a rotina de trabalho e demonstrar a capacidade de atendimento em detrimento da desorganização da alta demanda. Assim, foi possível obter uma visão ampla sobre o sistema de saúde, a organização da rede e o comportamento dos usuários no modelo vigente de assistência.

Mediante aos problemas relatados, percebeu-se que nem todos os profissionais ficam inerentes à ineficiência dos serviços e ao problema de superlotação; muitas vezes, o que falta é uma visão sistêmica e gerencial, que atue na revisão dos processos, identificação de gargalos, desenvolvimento de indicadores e controle de gestão.

Como contribuição, o trabalho teve o intuito de suprir a carência de estudos sobre desempenho da urgência e emergência, motivando a elaboração de mais pesquisas na área da administração com enfoque na resolução de problemas. A área da saúde demanda constantemente de técnicas de melhoria e gestão, por isso, foi necessário destacar as implicações gerenciais na identificação de falhas e gargalos comuns a maioria dos serviços de saúde.

Como sugestão de pesquisa, identificou-se a necessidade de analisar: gestão das informações na unidade de urgência e emergência, que foi um fator limitante na análise de resultados; gestão dos leitos temporários da unidade de pronto-socorro e elaboração de modelos de otimização, que visem a alocação dos recursos escassos e a redução de custos, propondo uma solução ótima para os problemas relatados neste estudo de caso.

REFERÊNCIAS

ABDALA, E. C. A gestão orientada por processos: um estudo de caso em uma organização hospitalar brasileira. In: III SEGET - SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2006, Resende: AEDB, 2006. p. 1 – 12.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727 – 1742, ago. 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Salvador, v. 9, n. 16, p. 39 – 52, fev. 2005.

ANZILIERO, F.; SOLER, B. E. D.; SILVA, B. A.; TANCCINI, T.; BEGHETTO, M. G. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 1 – 6, dez. 2016.

ARAUJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Rio Grande do Norte, v. 27, n. 3, p. 230 – 236, 2010.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v. 53 n. 5, p. 941-973, 1963.

AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA, A. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 736 – 745, 2010. ISSN 1518-1944.

BALANÇO MOSTRA QUE PRINCIPAL PROBLEMA DA SAÚDE AINDA É A SUPERLOTAÇÃO DE EMERGÊNCIAS. R7.COM. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/distrito-federal/balanco-mostra-que-principal-problema-da-saude-do-df-ainda-e-uperlotacao-de-emergencias-06012016>>. Acesso em: 17 set. 2016.

BARBROW, S.; HARTILINE, M. Process mapping as organizational assessment in academic libraries. **Performance Measurement and Metrics**, v. 16, n. 1, p. 34 – 47, 2015.

BEZERRA, P. R. C. “**A Estatística na Organização Hospitalar**”. 75 p. Monografia (Estatística) — Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2002.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 21 – 28, set. 2001.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439 – 1454, jul. 2009.

BLUMM, M. H. N.; BAUER, C. A. B.; GAMA, G. M. S.; COSTA, M. K. A. C. **Manual de gestão de processos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2014.

BRASIL. Lei 8080/1990, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei Orgânica do Distrito Federal, de 8 de junho de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 457, de 5 de abril de 2016. Aprova o Plano Distrital de Saúde da SES/DF – 2016/2019, atuando sob o número do processo 060.002.681/2016. Publicado no Diário Oficial da União do Distrito Federal de 24 de abril de 2016.

BRASIL. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2077, de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Publicada no Diário Oficial de 16 de setembro de 2014.

BRASÍLIA. Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015. Diário Oficial do Distrito Federal, de 27 de novembro de 2015, Distrito Federal, seção nº 1, p. 3, 2015.

BRASÍLIA. Decreto nº 38.017, de 21 de fevereiro de 2017. Diário Oficial do Distrito Federal, de 22 de fevereiro de 2017, Distrito Federal, seção nº 1, edição nº 38, p. 1, 2017.

BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44 – 60, 2008.

CALEGARI, R. **Uso de Técnicas de Previsão de Demanda como Ferramenta de Apoio à Gestão de Emergências Hospitalares com Alto Grau de Congestionamento**. 77 p. Dissertação (Engenharia de Produção) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611 – 1625, 2000.

CARVALHO, J. F. O. **Análise da Classificação de Risco em Emergência em Hospital Público de Referência em Brasília, Distrito Federal**. 183 p. Dissertação (Enfermagem) — Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, L. A.; ANDRADE, M. G. G.; MENESES, C. S.; PINTO, N. R. S.; REIS, D. O.; SANTIAGO, S.; SOUZA, A. L. M. S.; SPEDO, S. M. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 11, p. 2893 – 2902, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009. p.117-130.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Saúde em Debate. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1173 – 1181, dez. 2015. ISSN 0103-1104.

COELHO, M. F.; CHAVES, L. C. P.; ANSEMI, M. L.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C. B. S. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 1 – 9, ago. 2010.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Dados do Setor. CNES. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm>. Acesso em: 16/09/2016.

COSTA, L.; PILATTI, L. A.; JR., T. P. C. Gerenciamento de Processos de Negócios: Uma visão holística. In: XIII SIMPEP - SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2006, São Paulo: Unesp, 2006. p. 1 – 9.

DERMACHI, T. M. Gestão por processos como ferramenta da qualidade em um hospital maternidade público do município de São Paulo. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 38 – 43, mar. 2012.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345 – 369, jun. 2013.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1508 – 1518, ago. 2010.

ELY, D. **Fluxos de processos de trabalho em um serviço de urgência e emergência da região metropolitana de Porto Alegre**. 72 p. Monografia (Gestão em Saúde) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2/3, p. 164 – 176, mar. 2007.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A. S. Administração Pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações

e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 445 – 456, abr. 2009. ISSN 0034-7612.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à Saúde, Recursos Escassos e Equidade: Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223 – 251, mar. 2009.

FERREIRA, M. C. Serviço de Atendimento ao Público: o que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teórico-metodológica em ergonomia. **Revista Multitemas**, Brasília, n. 16, p. 128 – 144, maio 2000.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 7. ed. Porto Alegre: Mc Graw-Hill, 2014.

FORGIA, G. M. L.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009. p. 1 – 33. ISBN 978-85-86626-45-6.

FORTES, J. I. **Livro do aluno urgência e emergência**. São Paulo: TecSaúde/Fundap, 2010.

GARCIA, E. A.; FUGULIN, F. M. T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1032 – 1038, 2010.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 665 – 673, dez. 2014.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 4, p. 1 – 7, ago. 2009.

GDF/SES-DF – GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Relatório Anual de Gestão 2015**. Brasília, DF, 2015.

GDF/SES-DF – GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Brasília Saudável**. Brasília, DF, jun. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, L. P.; PERUFO, L. D.; RODRIGUES, M. K.; WEGNER, R. S. O Monitoramento e Controle dos Processos de Saúde através de Indicadores de Qualidade. In: XXXIII ENEGEP - ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2013, Salvador: ABEPRO, 2013. p. 1 – 17.

GONÇALVES, A. A. **Gestão da Capacidade de Atendimento em Hospitais do Câncer**. 2004. 195 p. Tese (Engenharia da Produção), Rio de Janeiro.

GONÇALVES, J. E. L. As Empresas são Grandes Coleções de Processos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 6 – 19, mar. 2000

GONÇALVES, J. E. L. Processo, que processo? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8 – 19, dez. 2000.

GOTTEMS, L. B. D. **Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: A Articulação entre o Contexto Político, os Problemas, as Alternativas e os Atores na Formação da Política de Saúde (1979 a 2009)**. 285 p. Tese (Administração) — Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. (Orgs.) **Economia da saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 1995.

JUSTA, M. G. E. G.; MALIK, A. M. Perspectivas diferentes, ferramentas diferentes. In: SIMPOI - SIMPÓSIO ANUAL DA ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS, 2013, São Paulo: FGV, 2013. p. 1 – 13.

KIPPER, L. M.; ELLWANGER, M. C.; JACOBS, G.; NARA, E. O. B.; FROZZA, R. Gestão por Processos: comparação e análise entre metodologias para implantação da gestão orientada a processos e seus principais conceitos. **TECNO-LÓGICA**, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 2, p. 89 – 99, dez. 2011.

KOVNER, A. R.; ELTON, J. J.; BILLINGS, J. Evidence-based management. **Frontiers of Health Services Management**, Chicago, v. 6, n. 4, p. 65 – 66, 2000.

LIMA, M. B. B. P. B. **A Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos como Modelo de Desenvolvimento Organizacional em Hospitais Públicos Universitários: O caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP**. 176 p. Dissertação (Engenharia Mecânica) — Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143 – 1163, dez. 2007.

LUCYK, R. **Aplicação do Indicador Taxa Diária de Altas Hospitalares para Avaliação da Movimentação de Pacientes na Emergência de um Hospital Universitário**. 61 p. Dissertação (Epidemiologia) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

LUNA, S. V. Planejamento de pesquisa: uma introdução. **Jornal de Políticas Educacionais**, São Paulo, n. 11, p. 85 – 87, EDUC: junho, 2012.

LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 12 – 17, fev. 2003

MACHLINE, C.; PASQUINI, A. C. Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 290 – 299, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre**, v. 25, n. 1, p. 17 – 25, abr. 2004.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 1 – 8, fev. 2007.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: uma abordagem por triangulação de métodos**. 271 p. Tese (Saúde Pública) — Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MIGOWSKI, E.; DUARTE, F. D.; LIBÂNIO, C. S.; MIGOWSKI, S. A. Gestão Hospitalar: alternativas de melhoria na assistência à saúde. In: XIII SEPROSUL - SEMANA DE LA INGENIERÍA DE PRODUCCIÓN SUDAMERICANA, 2013, Gramado: UFRGS, 2013. p. 1 – 10.

MIGOWSKI, S. A.; MIGOWSKI, E. R.; DUARTE, F. D.; LIBÂNIO, C. S. Perspectiva sobre Gestão Hospitalar. **Revista Acadêmica de São Marcos**, Alvorada, v. 4, n. 1, p. 31 – 46, jun. 2014.

MORESI, E. **Metodologia da Pesquisa**. Brasília: UCB, 2003.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1881 – 1890, 2009.

OLIVEIRA, C. R. M.; BELDERRAIN, M. C. N.; ALVES, J. M. Um modelo estruturado de planejamento e controle de produção em um sistema hospitalar. In: XXIV ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2004, Florianópolis: Abepro, 2004. p. 1314 – 1321.

OLIVEIRA, E. X.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde - mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386 – 402, abr. 2004.

OLIVEIRA, M. J. F.; OLIVEIRA, D. G.; OLIVEIRA, F.B.; CHAVES, W. B. Modelo integrado de simulação para avaliar o desempenho do sistema de admissão de pacientes na emergência hospitalar. In: XLIII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE PESQUISA OPERACIONAL, 2011, São Paulo: SBPO, 2011

OLIVEIRA, M. J. F.; MAGALHÃES, M. S.; SOUZA JÚNIOR, P. R. Simulação do sistema de admissão na emergência do hospital universitário Antônio Pedro com três níveis de classificação de risco. In: XXXVIII SBPO - SIMPÓSIO BRASILEIRO DE PESQUISA OPERACIONAL, 2006, Goiânia: SOBRAPO, 2006. p. 2213 – 2224.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: histórias, avanços e desafios. **The Lancet**, Salvador, p. 11 – 31, maio 2011. Este é o primeiro da Séries de seis fascículos em Saúde no Brasil.

PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B.; THOMÉ, H. I.; STOLZ, E. D. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 20, n. 6, p. 416 – 422, dez. 2006.

PICCHIAI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. São Paulo, 2009. Pesquisa Acadêmica.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009. p.69-116.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D.; MARTINS, C. M. F.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. Supl. 1, p. 1009 – 1019, jun. 2010.

Portal da Transparência do Distrito Federal. Informações sobre os recursos públicos no Distrito Federal. GDF. Disponível: <<http://www.transparencia.df.gov.br/#/>>. Acesso em 16/06/2017

PROTIL, R. M.; MOREIRA, V. R. Considerações sobre a Logística de Suprimentos em Hospitais: um Estudo de Caso. In: ENANPAD - ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 2002: ANPAD, 2002.

RAMOS, M. C. A.; CRUZ, L. P.; KISHIMA, V. C.; POLLARA, W. M.; LIRA, A. C. O.; COUTTOLENC, B. F. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, p. 49 – 43, nov. 2015.

REIS, P. Capítulo II - O ambiente hospitalar. 2008. Disponível em: <<https://enfpaulareis.wordpress.com/2008/07/10/capitulo-ii-%E2%80%93-o-ambiente-hospitalar/>> Acesso em: 16/06/2017.

RIBEIRO, R. M.; CESARINO, C. B.; RIBEIRO, R. C. H. M.; RODRIGUES, C. C.; BERTOLI, D. C.; PINTO, M. H.; BECCÁRIA, L. M. Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 533 – 538, set. 2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. L. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 100 – 110, jan. 2008.

ROSA, T. P.; MAGNAGO, T. S. B. S.; TAVARES, J. P.; LIMA, S. B. S.; SCHIMIDT, M. D.; SILVA, R. M. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto-socorro de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 51 – 60, abr. 2011.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027 – 1034, dez. 2005.

ROSSANEIS, M. A.; GABRIEL, C. S.; HADDAD, M. C. F. L.; MELO, M. R. A. C. M.; BERNARDES, A. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 769 – 776, dez. 2014.

SABBADINI, F.; GONÇALVES, A. A.; OLIVEIRA, M. J. F. de. Gestão da capacidade de atendimento e simulação computacional para a melhoria na alocação de recursos e no nível de serviço em hospitais. In: III SEGET - SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2006, Resende: AEDB, 2006. p. 1 – 12.

SABBADINI, F. S.; TAVARES, L.; OLIVEIRA, M. J. F.; GONÇALVES, A. A. Programação de serviços de saúde: elementos estruturantes e métodos de pesquisa operacional aplicada. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 13, n. 1, p. 68 – 81, jun. 2014. ISSN 1679-9127.

SABBADINI, F. S.; GONÇALVES, A. A.; OLIVEIRA, M. J. F. de. A aplicação da teoria das restrições (TOC) e da simulação na gestão da capacidade de atendimento em hospital de emergência. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 51 – 70, dez. 2006.

SALU, E. J. **Administração Hospitalar no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2013.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP - USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Revista Medicina Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 36, n. 2/4, p. 498 – 515, dez. 2003.

SANTOS, L. M.; FRANCISCO, J. R. S.; FARIA, A. M. B.; GONÇALVES, M. A. Controle por resultados na alocação de recursos na atenção básica em saúde das microrregiões do Sudeste do Brasil. In: XXXV ENCONTRO DA ENANPAD, 2011, Rio de Janeiro: ANPAD, 2011. p. 1 – 17.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 149 – 156, mar. 2013.

SALVIANO, C. F. Contribuições da Melhoria de Processo e Gerência de Projetos: transformando boas ideias em resultados. Disponível em: <[http://www.bfpug.com.br/islig-rio/Downloads/Contribuicoes da Melhoria de Processos.pdf](http://www.bfpug.com.br/islig-rio/Downloads/Contribuicoes_da_Melhoria_de_Processos.pdf)> Acesso em: 16/06/2017.

SCHMOELLER, R.; GELBCKE, F. L. Indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 971 – 979, dez. 2013.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 935 – 944, fev. 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. GDF. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 16/06/2017.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF ESTUDA MUDANÇAS PARA FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA. POLÍTICA DISTRITAL. Disponível em: <<http://www.politicadistrital.com.br/2016/02/07/secretaria-de-saude-do-df-estuda-mudancas-para-fortalecer-a-atencao-primaria/>>. Acesso em: 16/12/2016.

SILVA, E. L.; MENESES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, M. A. Breves comentários sobre a acreditação dos prestadores de serviços de hemoterapia. *Jus Navigandi*, Teresina, v. 9, n. 592, 20 ev. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6250>>. Acesso em: 20 mar. 2007.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. *Administração da Produção*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SOUZA, A. A.; LARA, C. O.; NEVES, A. P. T. P.; MOREIRA, D. R. Indicadores de Desempenho para Hospitais: a partir dos Dados Divulgados para o Público. In: 7º CONGRESSO USP DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTABILIDADE, 2010. p. 1 – 15.

SOUZA, A. A.; AMORIM, T. L. de M.; GUERRA, M. Análise dos Sistemas de Informações de Hospitais. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, Minas Gerais**, n. 1, p. 38 – 45, dez. 2008. ISSN 1983-5205.

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; LARA, C. O. Controle de Gestão em Organizações Hospitalares. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15 – 29, set. 2009.

SOUZA, C. C. de et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1 – 8, 2011.

STEIN, A. T. **Acesso a Atendimento Médico Continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência**. 248 p. Tese (Clínica Médica) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

SZECSENYI, J. Improving care at the primary-secondary care interface: a difficult but essential task. **Quality in Health Care**, n. 5, p. 191 – 192, 1996.

TRAKCARE: SISTEMA UNIFICADO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.intersystems.com/br/produtos/trakcare/trakcare-overview-2/>>. Acesso em: 23 jul. 2016

VIEIRA, D. K.; DETONI, D. J.; BRAUM, L. M. dos S. Indicadores de Qualidade em uma Unidade Hospitalar. In: III SEGET - SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2006, Paraná, 2006. p. 1 – 12.

VISSERS, J. M. H.; BERTRAND, J. W. M.; VRIES, G. A framework for production control in health care. **Production Planning & Control**, v. 12, n. 6, p. 591 – 604, Jan. 2001.

WEISS, S. J.; DERLET, R.; ARNDAHL, J.; ERNST, A. A.; RICHARDS, J.; FRANKELTON, M. F.; SCHWAB, R.; STAIR, T. O.; VICELLIO, P.; LEVY, D.; BRAUTIGAN, M.; JOHNSON, A.; NICK, T. G. Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). **Academic Emergency Medicine**, v. 11, n. 1, p. 38 – 50, January 2004.

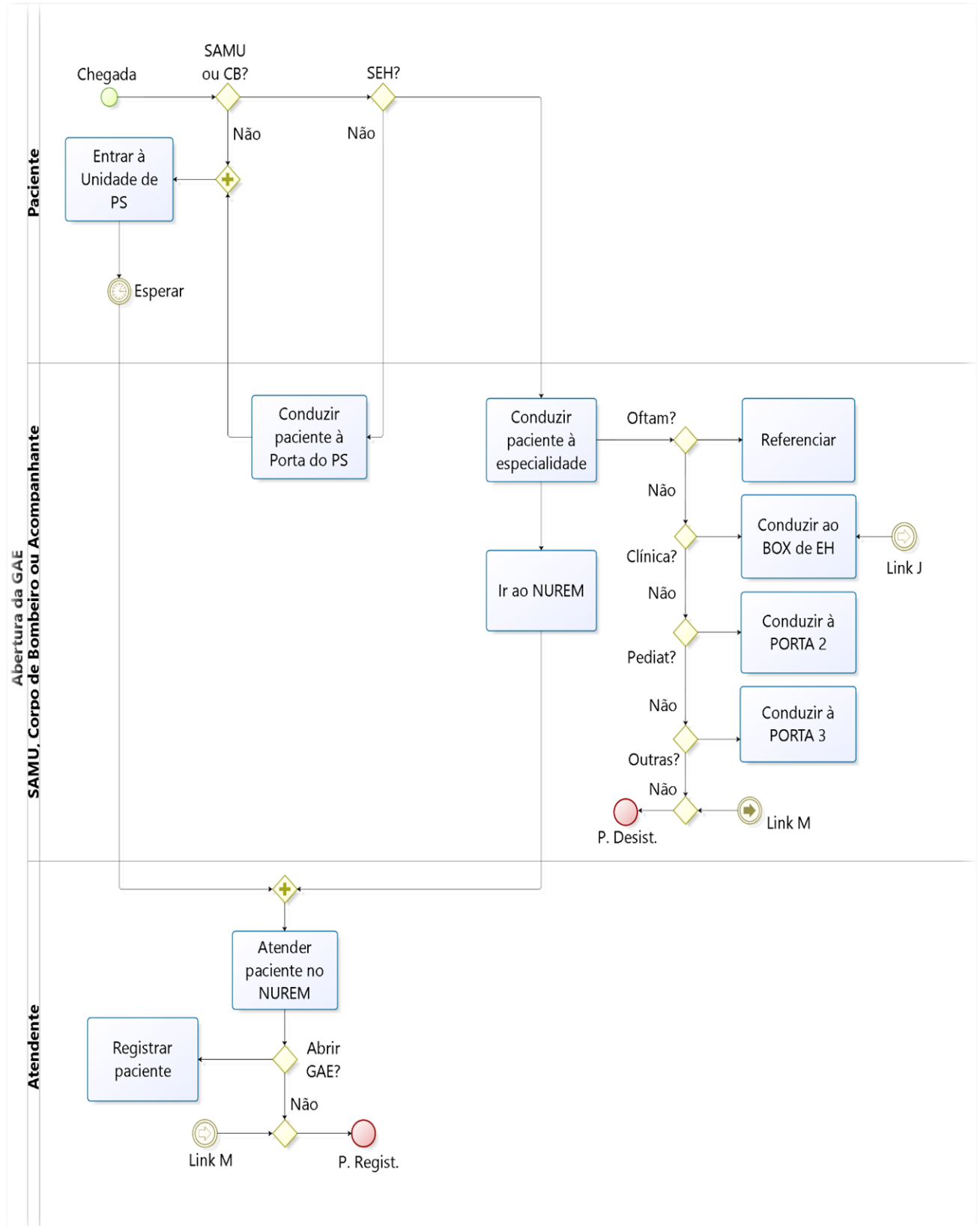
YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

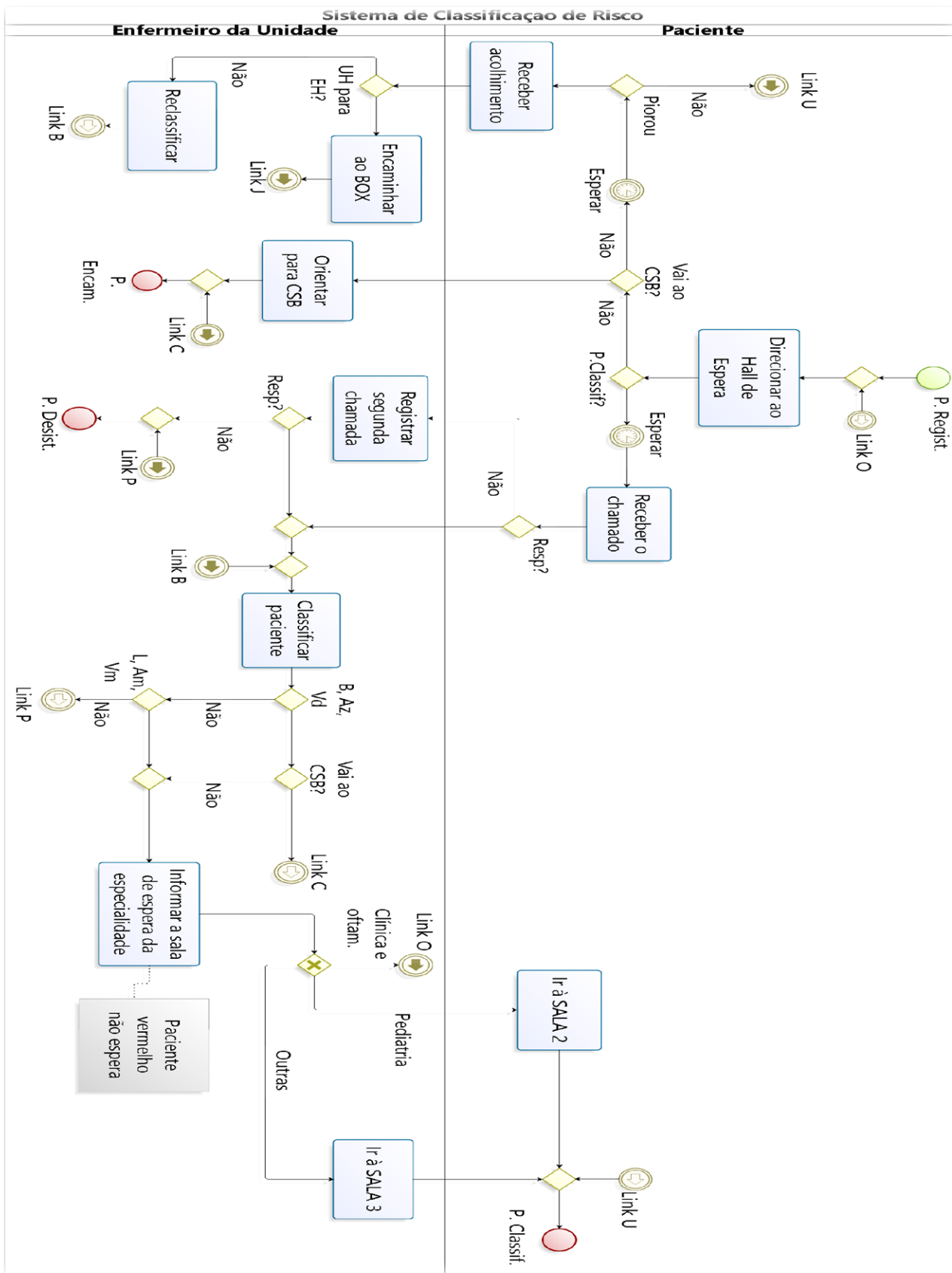
Apêndice A – Legenda dos fluxogramas

Legenda para a análise dos fluxogramas	
CB	Corpo de Bombeiros
SEH	Serviço de Emergência Hospitalar
OS	Pronto-socorro
EH	Emergência Hospitalar
UH	Urgência Hospitalar
Oftam.	Oftalmologia
Pediat.	Pediatria
P.	
Desist.	Paciente desistente
P.	
Regist.	Paciente registrado
P.	
Classif.	Paciente classificado
P.	Paciente encaminhado para avaliação
Encam.	médica
CSB	Centro de Saúde Básico
Resp.	Resposta à chamada
B, Az, Vd	Branco, Azul e Verde
L, Am, Vm	Laranja, Amarelo e Vermelho
1º	
atend	1º atendimento
Rad.	Radiologia
Lab.	Laboratorial
Med.	Medicação

Apêndice B – Fluxograma do Registro do Paciente (abertura da GAE)



Apêndice C – Fluxograma processo de Classificação de Risco



Apêndice D – Fluxograma processo de Atendimento Médico

